

**Leska, Ilona: Dipl. Sozialpädagogin / Sozialarbeiterin**

**ORGANSPENDE IM SPANNUNGSFELD  
VERSCHIEDENER INTERESSEN UND DIE  
NOTWENDIGKEIT EINER UNABHÄNGIGEN  
UND ERGEBNISOFFENEN BERATUNG**

Organ donation in the tension field of different interests  
and the need of an independent consultation

**eingereicht als**

**MASTERARBEIT**

**an der**

**HOCHSCHULE MITTWEIDA**

---

**UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES**

**Fakultät Soziale Arbeit**

**Mittweida, 03. Februar 2015**

**Erstprüfer: Prof. Dr. Christina Niedermeier**

**Zweitprüfer: Prof. Dr. Barbara Wedler**

**vorgelegte Arbeit wurde verteidigt am: 06. Juli 2015**

**Bibliographische Beschreibung:**

Leska, Ilona:

Organspende im Spannungsfeld verschiedener Interessen und die Notwendigkeit einer unabhängigen und ergebnisoffenen Beratung. 127 Seiten

Hochschule Mittweida, University of Applied Sciences, Fakultät Soziale Arbeit,  
Masterarbeit, 2015

Organ donation in the tension field of different interests and the need of an independent consultation.

**Referat:**

Die Masterarbeit soll zur unabhängigen und ergebnisoffenen Aufklärung zur Thematik der Organspende beitragen. Aus diesem Grund ist sie leicht verständlich verfasst. Sie gibt Informationen zur Organspende und einen Überblick zur aktuellen Debatte des Hirntodkonzeptes. Internationale wissenschaftliche Erkenntnisse zum Hirntod und der Hirnforschung werden durch Literaturrecherchen präsentiert und zusammenhängend ausgewertet. In der Arbeit wird das Defizit der internationalen Zusammenarbeit zur Forschungsthematik erkennbar.

Die Notwendigkeit einer unabhängigen und ergebnisoffenen Beratung wird ersichtlich. Ein visionärer Ausblick zeigt Möglichkeiten auf, wie diese Beratung in das vorhandene Netz der Beratungsstellen integriert werden könnte.

This master thesis wants to contribute to an independent consultation without any predetermined results on the topic organ donation. Therefore, it was written in a basic and easy to understand style. It will provide information on the topic organ donation as well as a general survey on the current debate about brain death criterion. Internationally known scientific results on the topics brain death and brain research will be presented based on literature research, and in conclusion will be coherently evaluated. The lack of international cooperation on this topic will be shown in the course of this master thesis.

Furthermore, the necessity of an independent consultation will become evident. A visionary outlook wants to point out various options how this consultation could be incorporated in the already existing network of counselling services.

## Inhaltsverzeichnis

<b>1</b>	<b>Vorwort.....</b>	<b>2</b>
<b>2</b>	<b>Hirntod und postmortale Organspende.....</b>	<b>6</b>
2.1	Der Hirntod.....	6
2.2	Das Erscheinungsbild - was „Hirntod“ bedeuten kann.....	11
2.3	Die Hirntoddiagnostik.....	13
2.3.1	Sicherheit der Hirntoddiagnostik.....	17
2.3.2	Das Testen der Spontanatmung (der „Apnoe-Test“). ....	21
2.4	Die Organspende - Ablauf einer Organentnahme.....	25
<b>3</b>	<b>Hintergründe und Ergebnisse der Tagung an der Päpstlichen Akademie der Wissenschaften im Vatikan im Jahr 2005 zum Thema „Die Zeichen des Todes“ .....</b>	<b>27</b>
3.1	„Hintergrund“ .....	27
3.2	„Philosophische Betrachtungen“ .....	28
3.3	„Medizinische Beweise“ .....	29
3.4	„Verteidigung der Kriterien“ .....	30
3.5	„Der Apnoetest“ .....	31
3.6	„Die Irreführung“ .....	31
3.7	Ergebnisse der Tagung.....	33

<b>4</b>	<b>Regelungen, Erkenntnisse, Statistiken, Interpretationen, Stellungnahmen und Kontroversen.....</b>	<b>34</b>
4.1	Die Organspender.....	34
4.1.1	Die neuen Organspender - „Non-heartbeating-Donors“.....	35
4.1.2	Lebendspende.....	37
4.1.3	Sonderformen der Lebendspende.....	38
4.2	Organe und Gewebe, die gespendet werden können.....	38
4.2.1	Gewebespende - ein Tabuthema.....	39
4.3	Verteilung der Spenderorgane .....	40
4.4	Dauer der Funktionsraten der transplantierten Organe.....	43
4.5	Kritik am Hirntodkonzept.....	45
4.5.1	Stellungnahmen des US-amerikanischen “President’s Council on Bioethics” .....	48
4.5.2	Weitere Stellungnahmen.....	50
4.6	Stellungnahmen der Kirchen.....	54
4.7	Patientenverfügung und Organspende.....	58
<b>5</b>	<b>Die Notwendigkeit einer unabhängigen und ergebnisoffenen Beratung.....</b>	<b>60</b>
5.1	Realitäten, die eine Beratungsnotwendigkeit aufzeigen.....	60
5.2	Gesetzliche Grundlagen.....	64
5.3	Organspende im Spannungsfeld unterschiedlicher Interessen.....	64
5.4	Gründe für Widerstände zum offenen Diskurs in der Öffentlichkeit und bei medizinischen Kongressen zur Thematik des Hirntodkonzeptes.....	67
5.5	Problemfelder in der Transplantationsmedizin.....	67
5.6	Mögliche Konsequenzen für die Transplantationsmedizin und Chancen einer umfassenden Aufklärung zur Organspende.....	71
5.7	Visionärer Ausblick: Möglichkeiten einer ergebnisoffenen und unabhängigen Beratung zur Organspende und deren Eingliederung in das vorhandene Netz der Beratungsstellen der Sozialen Arbeit.....	73



<b>6</b>	<b>Abschlussgedanken.....</b>	<b>81</b>
<b>7</b>	<b>Literatur- Quellenverzeichnis.....</b>	<b>86</b>
<b>8</b>	<b>Anhang.....</b>	<b>99</b>
8.1	Betroffene berichten.....	99
8.1.1	Bericht von Gisela Meyer zu Biesen.....	99
8.1.2	Bericht von Jürgen Meyer.....	104
8.1.3	Zustimmung der Ehefrau zur Organentnahme.....	106
8.1.4	Das Schicksal von Ingrid Gickelhorn.....	108
8.1.5	Bericht von Renate Focke.....	111
8.2	Organe spenden? Ein Leitfaden zur persönlichen Entscheidungsfindung.....	117
8.3	Ausweise und Erklärungen für und gegen Organ- und Gewebespende.....	120
8.3.1	Alternativer Organspendeausweis der KAO.....	120
8.3.2	Nicht - Organspendeausweis der InteressenGemeinschaft Kritische Bioethik Deutschland.....	120
8.3.3	Organspendeausweis der BZgA.....	121
8.3.4	Alternative Erklärung zur Organspende.....	122
8.3.5	Alternative Erklärung zur Gewebespende.....	123
8.4	Transplantierte Organe in Deutschland im Jahr 2013.....	124
8.5	Übersicht internationaler Zustimmungsregelungen zur Organspende.....	124
8.6	Weiterführende Literaturhinweise.....	126
<b>9</b>	<b>Erklärung.....</b>	<b>127</b>

„Bis zum Ende des letzten Jahrzehntes betrachtete man die Angelegenheit „Hirntod“ als weitgehend erledigt; dem ist jetzt nicht mehr so. Eine wachsende Zahl von Experten hat mehrere Grundannahmen dieses Konzeptes noch einmal kritisch zu untersuchen und infolgedessen zu verwerfen begonnen“ (SHEWMON 2003, S. 294 - 295).

# 1 Vorwort

Als Teilnehmerin des ersten Ökumenischen Kirchentages 2003 in Berlin besuchte ich den Informationsstand der KAO<sup>1</sup> (Kritische Aufklärung über Organtransplantationen e.V.). Erstmals wurde ich hier mit dem Thema der Organspende und der Definition des Hirntodes konfrontiert. Was ich dort auf großen Schautafeln las und sah, weckte nicht nur mein Interesse, sondern löste meine Betroffenheit aus. Ich nahm mir damals Informationsmaterialien mit, die dort auslagen und las sie aufmerksam. Um Antworten auf Fragen zu finden, die dabei aufkamen, recherchierte ich in den Folgejahren weiter.

Während meines Diplom- und Masterstudienganges im Fachbereich Soziale Arbeit an der Hochschule Mittweida hielt ich zwei Referate zur Organspendethematik. An den Reaktionen der Studenten konnte ich erkennen, dass hier ein großer Bedarf an Aufklärung besteht. Diskussionen wurden ausgelöst, unterschiedliche Standpunkte wurden vertreten, Betroffenheit und Verunsicherungen waren zu spüren.

In den Jahren 2012, 2013 und 2014 nahm ich an mehreren Studienveranstaltungen zur genannten Thematik an der Evangelischen Akademie Meißen, dem Deutschen Hygiene-Museum Dresden und der Akademie für Palliativmedizin und Hospizarbeit Dresden teil. Dabei konnte ich weitere wertvolle Informationen erhalten und fügte diese in meine umfangreiche Materialsammlung ein. Einige Referenten stellten mir ihre Vorlesungsunterlagen zur Verfügung, aus denen ich viele Literaturhinweise entnahm. Die Ausführungen aller Studienveranstaltungen verdeutlichten die Wichtigkeit und Notwendigkeit einer rückhaltlosen und unabhängigen Aufklärung zum „Hirntod“ und seiner Diagnostik sowie zum Ablauf der Organentnahme. Nachdem ich zahlreiche Fachartikel und Bücher gelesen hatte, Internetrecherchen durchgeführt und mich mit Freunden und Bekannten ausgetauscht hatte, fasste ich den Entschluss, eine Masterarbeit zu erstellen, die Fragen zur Organspende verständlich und zusammenhängend beantwortet und Hintergrundinformationen vorlegt, die oft nur am Rande oder nicht benannt werden.

**Diese vorliegende Arbeit soll ein Beitrag zur ergebnisoffenen und unabhängigen Beratung über die Thematik der Organspende sein und soll das Finden einer persönlichen Entscheidung erleichtern.**

Das neu ausformulierte Transplantationsgesetz mit der vom Bundestag vorgelegten „erweiterten Entscheidungslösung“ trat am 1. November 2012 in Kraft. Ab dem 16. Lebensjahr wird jeder deutsche

---

<sup>1</sup> Die KAO ist ein eingetragener Verein, der von Eltern gegründet wurde, die ihre Kinder nach der ärztlichen Mitteilung des Hirntodes zur Organspende freigaben, ohne davon genaue Hintergrundkenntnisse zu haben.

Bundesbürger regelmäßig per Brief aufgefordert, seine Entscheidung zur Organ- und Gewebespende auf einem Ausweis zu erklären, ohne jeglichen Zwang, sich entscheiden zu müssen. Liegt kein ausgefüllter Spenderausweis vor, werden in Deutschland im Falle einer Hirntodfeststellung Angehörige gefragt, ob sie den Hirntoten zur Organentnahme freigeben. Angehörige, die in Schocksituationen (die Mitteilung einer Todesnachricht entspricht einer solchen Situation) Entscheidungen treffen, ahnen oft nicht, welche Tragweite diese haben können.

Sich als Organspender im Falle eines diagnostizierten Hirntodes zur Verfügung zu stellen oder die Bereitschaft zur Organspende abzulehnen, ist eine individuelle und persönliche Entscheidung. Den Willen, ob Körperteile und einzelne Organe oder Gewebe im Falle eines Hirntodes gespendet werden dürfen, sollten nahe Angehörige untereinander kennen.

Das Bekanntwerden von Manipulationen bei der Organvergabe in mehreren Transplantationskliniken Deutschlands hat die öffentliche Diskussion in unserem Land ausgelöst und in besonderer Weise beeinflusst. Offenbar ist das Vertrauen in die Organspende stark erschüttert.

Mit der Frage „Organspende: Ja oder nein?“ werden wir als Bundesbürger seit Inkrafttreten des neuen Transplantationsgesetzes alle konfrontiert. Dies setzt aber voraus zu wissen, wogegen oder wofür diese Entscheidung getroffen wird.

Die Soziologin ALEXANDRA MANZEI hatte 2012 einen Artikel veröffentlicht, in dem sie auf „Organspende und Hirntod“ einging. Sie wies auf die Problematik der Unwissenheit zur Thematik der Organtransplantation mit folgenden Worten hin:

„Seit 20 und mehr Jahren wird den Menschen gesagt, daß es sich bei Hirntoten um ganz normale Leichen handle. Das ist aber nicht der Fall. Um es einmal sehr einfach auszudrücken: Leichenteile kann man nicht verpflanzen; ... Leichenteile würden den Empfänger vergiften. Verpflanzen kann man nur Organe von einem lebenden Organismus“ (MANZEI 2012, zit. n. WALDSTEIN 2012 a, S. 31).

Das Anfangszitat ALAN SHEWMON'S kündigt bereits an, dass ich mich in vorliegender Arbeit mit der ersten Frage **„Ist ein hirntoter Mensch wirklich tot?“** auseinandersetzen werde.

Vor dem Hintergrund wissenschaftlicher Forschung soll diese Frage geklärt werden. Erkenntnisse, Meinungen, Stellungnahmen, Kontroversen, Forschungsdefizite und offene Fragen, auf die keine fundierten Antworten vorliegen, werden dabei ebenso aufgezeigt.

**Wie wurde es möglich, dass ein Mensch juristisch für tot erklärt werden kann, obwohl sein Herz noch schlägt, der zwar künstlich beatmet wird, aber dessen Blutkreislauf die Organe noch versorgt?** Auch diese zweite Frage soll beantwortet werden.

Mit dem geschichtlichen Hintergrund beginnend, zeigt diese Masterarbeit im 2. Kapitel auf, welche Umstände dazu führten, dass zum klassischen Todesbegriff ein weiterer hinzu kam, der „Hirntod“. Während der erste durch den irreversiblen Stillstand des Kreislaufsystems und sichtbare sichere Todeszeichen gekennzeichnet ist, wird der Hirntod als irreversibles Koma (als „Tod mit schlagendem Herzen“) definiert.

Seit 1968, als der Hirntod als neuer Todesbegriff eingeführt wurde, war dieser bereits von Kritikern umstritten.

Neue Erkenntnisse zum Hirntod, die vorrangig von amerikanischen Wissenschaftlern veröffentlicht wurden, haben in den letzten Jahren die Debatten zum Hirntod, zum Hirntodkriterium und zur Organspende wieder neu entfacht. Diese sind inzwischen in öffentlichen Diskussionen in Deutschland angekommen.

Obwohl finanzielle Aspekte in allen Bereichen der gesamten Transplantationsmedizin eine wichtige Rolle spielen, nehme ich auf diese in den Kapiteln 2 bis 4 bewusst keinen Bezug. Im 5. Kapitel, in dem die Notwendigkeit einer ergebnisoffenen Beratung aufgezeigt wird, werden finanzielle Aspekte nur am Rande erwähnt. Lebenssituationen von Menschen, die auf der Warteliste für ein Spenderorgan stehen oder die bereits ein Organ erhalten haben, werden ebenfalls wenig thematisiert. Ich habe versucht, die Fülle an Informationen zur Thematik einzugrenzen. Deshalb nehme ich in meinen Ausführungen vorrangig auf solche Aspekte Bezug, die aus meiner Sichtweise wichtig sind, um einen persönlichen Standpunkt finden und eine Entscheidung zur Organspendebereitschaft treffen zu können.

Grundsätzliche Fragen zum „Hirntod“ und zur Organspende werden neu geführt. Experten aus vielen Bereichen der Medizin, der Rechtswissenschaft, der Theologie, der Philosophie und der Gesellschaftswissenschaften nehmen dabei extreme gegensätzliche Positionen ein. Es werden Zweifel geäußert, ob ein diagnostizierter Hirntod mit dem Tod des Menschen gleichzusetzen ist. Der Beantwortung dieser Frage werde ich im 2., 3. und 4. Kapitel nachgehen.

Vom 3. bis 4. Februar 2005 fand an der Päpstlichen Akademie der Wissenschaften im Vatikan ein internationaler Kongress zu „den Zeichen des Todes“ statt, der dazu dienen sollte, hochrangige Wissenschaftler erstmals zusammenzuführen, damit sie neueste Forschungsergebnisse zum Hirntod diskutieren und der Öffentlichkeit bekannt geben. Papst JOHANNES PAUL II. hatte den Kongress einberufen. Im 3. Kapitel werde ich die Ergebnisse dieser wichtigen Tagung vorstellen.

Wie die DSO<sup>2</sup> mitteilte, sank die Bereitschaft, Organe zu spenden, seit Inkrafttreten des Transplantationsgesetzes 1997 auf einen derzeitigen Tiefpunkt. Im Jahr 2013 waren deutschlandweit 876 Organspender verzeichnet. Im Vorjahr waren es noch 170 Spender mehr. Etwa 11.000 Menschen warten derzeit auf Herz, Leber, Lunge oder Niere. Der Organmangel wird durch die rückläufigen Spenderzahlen weiter verschärft. Um der Verunsicherung in der Bevölkerung entgegenzuwirken, plädierte der DSO-Vorstand RAINER HESS für Transparenz und kontinuierliche Aufklärung (vgl. ALEXE 2014, S. 1). (Siehe dazu Diagramm des Jahresberichtes der DSO von 2013 im Anhang unter 8.4.)

Das beinhaltet auch, dass eine ergebnisoffene Aufklärung zur Organspende Aspekte<sup>3</sup> mit einbezieht, die einer Organ- und Gewebespende möglicherweise entgegenstehen. In der Begründung zum neuen Transplantationsgesetz wurde explizit ausformuliert, dass solche Aspekte in die Aufklärung mit einbezogen werden *müssen*.

Mit der Einführung des neuen Transplantationsgesetzes wurden in Deutschland keine Beratungsstrukturen geschaffen, die es den Bürgern ermöglichen eine persönliche Beratung zur Organspendethematik durch eine direkte Kontaktaufnahme mit einem qualifizierten Berater in Anspruch zu nehmen. Mit Inkrafttreten des neuen Transplantationsgesetzes sind die Krankenkassen verpflichtet worden, ihren Versicherten aufklärendes Informationsmaterial zur Verfügung zu stellen. Weitere Broschüren sind kostenfrei von der DSO und der BZgA<sup>4</sup> auf Anfrage zu beziehen.

Fragen, die beim Lesen dieser Informationsmaterialien in mir aufkamen und die offen blieben, konnten beim Nachfragen am Telefon von den zuständigen Mitarbeitern der Krankenkasse und der BZgA nicht oder nicht zufriedenstellend beantwortet werden. Diese Telefonkontakte verhalfen mir aber dazu, ein persönliches Bild von der Qualität dieser Aufklärung zu bekommen.

Deshalb werde ich im 5. Kapitel dieser Masterarbeit einerseits die Notwendigkeit einer ergebnisoffenen und unabhängigen Beratung darlegen. Auf der anderen Seite soll ein visionärer Ausblick aufgezeigt werden, der die dritte Frage beantwortet:

**Wie kann eine ergebnisoffene und unabhängige Beratung zur Organspende auf dem Arbeitsfeld der Sozialen Arbeit erfolgen?**

---

<sup>2</sup> Die Deutsche Stiftung Organtransplantation (DSO) ist gemäß §11 des Transplantationsgesetzes für die Koordinierung und Organisation der Organspende in Deutschland verantwortlich (vgl. DSO 2012 a, S. 25).

<sup>3</sup> Diese Aspekte werden in Informationsbroschüren und Materialien zur Organspende von der DSO, der BZgA (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung) und seit Ende 2012 auch von den Krankenkassen nicht oder kaum erwähnt.

<sup>4</sup> Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung

Um diese Vision zu entwickeln, habe ich neben Internetrecherchen den Kontakt zu Beraterinnen und Beratern der „Suchtberatungs- und Behandlungsstelle“, der „Allgemeinen Sozialen Beratung“ und der „Schwangerschaftsberatung“ der Diakonie Döbeln sowie der „Allgemeinen Sozialen Beratung“ der Diakonie Pirna aufgenommen. Durch persönliche Gespräche konnten gemeinsam Ideen entwickelt werden. Das Gespräch mit einem ehemaligen Klinikseelsorger half mir bei den Recherchen, die gegenwärtigen Strukturen der Aufklärung zur Organspende zu verstehen und einzuordnen.

Weitere Hintergrundinformationen zum neuen Transplantationsgesetz erhielt ich vom Deutschen Bundestag von der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN.

Für das Einfügen der Grafiken der DSO und des im Anhang befindlichen Fragebogens des Vereins „Evangelische Frauen in Deutschland e.V.“ erhielt ich dankenswerterweise die Genehmigungen.

Ein Dankeschön möchte ich denen sagen, die mich unterstützt haben, dass diese Masterarbeit jetzt fertig vorliegt. An erster Stelle danke ich meinem Mann. Er half mir, dass ich die nötige Zeit für die umfangreichen Recherchen und für das Schreiben der Arbeit zur Verfügung hatte.

Mein Dank gilt Professor Dr. Peter Schütt, der meine Arbeit weiter begleiten wollte und mich ermutigte, diese Masterarbeit zu verfassen. Leider verstarb er unerwartet noch während der Zeit meines Recherchierens. Froh bin ich darüber, dass die Professorin Dr. Christina Niedermeier und die Professorin Dr. Barbara Wedler mich geduldig und fachkundig beim Erstellen dieser Arbeit weiter unterstützten.

In vielen Gesprächen im Kreis der Familie sowie mit Freunden und Bekannten habe ich Anregungen zu wichtigen Inhalten der Thematik erhalten, die ich einbringen konnte. Keiner hat versucht, mich dabei in eine Richtung zu drängen und zu beeinflussen.

Damit die Inhalte gut leserlich sind, habe ich diese verständlich formuliert und teilweise mit erklärenden Fußnoten versehen. So hoffe ich, dass diese Arbeit von vielen gelesen wird und eventuell auch für das professionelle Tätigkeitsfeld weiterverwendet werden kann und sie nicht im Regal der Hochschulbibliothek einstaubt. Vielleicht gibt diese Arbeit einen Anstoß, sich weiter mit dem Thema zu befassen oder Gespräche und Diskussionen zu führen.

Über Rückmeldungen und Anregungen bin ich sehr dankbar.

Coswig, am 30. Januar 2015

Ilona Leska

## 2 Hirntod und postmortale<sup>5</sup> Organspende

Der diagnostizierte Hirntod gilt als Voraussetzung dafür, die Organe einem Spender entnehmen zu dürfen. Deshalb wird dieses Kapitel auf die Gesamtproblematik des Hirntodes eingehen. Es ist bedeutsam zu wissen, warum und unter welchen Umständen der Begriff des Hirntodes eingeführt wurde. Neue wissenschaftliche Erkenntnisse werden dargelegt. Zweifel, die an der Diagnostik des Hirntodes aufkommen, werden konkret benannt.

Mit dem geschichtlichen Hintergrund beginnend, wird in diesem Kapitel die im Vorwort gestellte zweite Frage beantwortet werden: **„Wie wurde es möglich, dass ein Mensch juristisch für tot erklärt werden kann, obwohl sein Herz noch schlägt, der zwar künstlich beatmet wird, aber dessen Blutkreislauf die Organe noch versorgt?“**

### 2.1 Der Hirntod

Das Phänomen des sogenannten „Coma dépassé“ wurde erstmals 1959 in der französischen Fachzeitschrift „Revue Neurologique“ erwähnt. Die Neurologen MAURICE GOULON und PIERRE MOLLARET hatten auf Intensivstationen Patienten beobachtet, die nach einem längerem Atemstillstand künstlich beatmet wurden und sich in einem bisher unbekannten, permanenten Zustand tiefer Bewusstlosigkeit befanden.

Erst durch die Weiterentwicklung der künstlichen Langzeitbeatmung im Zuge der Bekämpfung der Kinderlähmung wurden solche Beobachtungen an Patienten möglich, die vorher an Atemstillstand verstorben sind. GOULON und MOLLARET schlossen aus den beobachteten Symptomen, dass aufgrund des Sauerstoffmangels die Hirne der Patienten ihre Funktion eingestellt hatten und sich bereits zersetzten. Pathologische Befunde bestätigten diese Vermutungen. Bis zur Verflüssigung des Hirngewebes war die Nekrose<sup>6</sup> durch die Zeitdauer der künstlichen Beatmung teilweise fortgeschritten. Damit konnte eine Rückkehr in ein bewusstes Dasein ausgeschlossen werden.

GOULON und MOLLARET setzten das irreversible Koma dieser Patienten aber nicht mit dem Tod eines Menschen gleich (vgl. REHDER 2010, S. 24 - 25).

Hier wurzelt die Entstehung der Definition des Hirntodes. Eine internationale Diskussion wurde damit Ende der 50er Jahre ausgelöst. Die Definition stand unter der Fragestellung, wie die medizinische Behandlung dieser, erst durch die Intensivmedizin entstandenen, Komapatienten weitergeführt werden

---

<sup>5</sup> postmortal = nach dem Tod (vgl. DUDEN 1990, S. 624)

<sup>6</sup> Absterben und Zerfall der Zellen (vgl. de.wikipedia.org. 2015 c, o. S.)



soll. Damals schloss das Verständnis des Hirntodes auch das Versagen des zentralen Nervensystems<sup>7</sup> mit ein. Der Hirntod wurde als Ausfall aller Reflexe gekennzeichnet.

Es stand die Beantwortung der Frage im Raum, die von der Intensivmedizin aufgeworfen wurde, ab wann sich ein künstlich beatmeter Komapatient im Sterben befindet und therapeutische Maßnahmen unsinnig werden und damit eingestellt werden dürfen. Diese Grenze sollte ermittelt werden.

Die ethisch sehr umstrittene Festlegung, welche Komapatienten per Definition zu verstorbenen Menschen und damit nutzbar für die Transplantationsmedizin werden, wurde erst 1968 entschieden. Heute wird immer wieder sehr gern darauf hingewiesen, dass die Hirntoddefinition nicht extra zum Zweck der Transplantationsmedizin erfunden wurde (vgl. BAUREITHEL, BERGMANN 2001, S. 71 - 72).

Seitdem sind in der Medizin zwei unterschiedliche Definitionen des Todes bekannt. Der klassische Begriff des Todes wird durch das Eintreten der sicheren Zeichen des Todes definiert, der Hirntod durch das irreversible Koma. Befürworter des Hirntodes betonen, dass es sich dabei lediglich um zwei unterschiedliche Wege der Feststellung des vollständigen Unterganges des Menschen als Persönlichkeit handle (vgl. DRAGUHN 2012, S. 126).

Durch den medizinisch-technischen Fortschritt wurde es möglich, dass durch das Transplantieren von menschlichen Organen das Leben vieler todkranker Menschen verlängert werden konnte<sup>8</sup>. Um den neu entstandenen Bedarf an menschlichen Organen zu decken, wurde die klassische Todesdefinition, die den Stillstand der Atmung und des Blutkreislaufes beinhaltet, hinterfragt. Denn Niere, Leber, Lunge oder Herz waren für die Transplantationsmedizin nur dann brauchbar, wenn sie bis zur Entnahme durchblutet wurden. Hier entstand ein Interessenkonflikt zwischen Organspendern und Organempfängern.

Es wurde eine neue Definition des Todes gefordert. Durch das „Ad-Hoc-Committee<sup>9</sup> of the Harvard Medical School“ in Boston kam es zu der heute allgemein anerkannten Erklärung von 1968 in dem „Report to examine the definition of brain death“ (vgl. BEXTEN 2009, S. 2).

Die Neudefinition des Todes wurde durch das Ad-Hoc-Committee als Ziel dieser Erklärung wie folgt ausgeführt:

---

<sup>7</sup> Gehirn und Rückenmark bilden das Zentralnervensystem.

<sup>8</sup> Den Anfang der Transplantationen bildete die Übertragung der Augenhornhaut, der Haut oder von Ohrenknorpel von Verstorbenen (vgl. Deutsche Bischofskonferenz 1995, S. 314). Am 03.12.1967 wurde in Kapstadt in Südafrika die erste Herztransplantation bei einem Menschen durchgeführt (vgl. BEXTEN 2009, S. 2). Dieser Patient verstarb bereits nach 18 Tagen, da sein Körper das Spenderorgan abstieß (vgl. BZgA 2009, S. 8).

<sup>9</sup> Zur Ad-Hoc-Kommission gehörten jeweils ein Wissenschaftshistoriker, Theologe und Jurist, sowie zehn Mediziner (vgl. REHDER 2010, S. 24).

**„Unser oberstes Ziel ist es, irreversibles Koma als neues Kriterium für den Tod zu definieren. Es gibt zwei Gründe, warum eine Definition notwendig ist: (1) Verbesserungen bei den Wiederbelebenden und unterstützenden Maßnahmen haben zu verstärkten Anstrengungen geführt, um diejenigen, die schwer verletzt sind, zu retten. Manchmal haben diese Bemühungen nur teilweise Erfolg, sodass es dazu kommen kann, dass bei einem Einzelnen sein Herz noch schlägt, während sein Gehirn schon irreversibel beschädigt ist. Es ist sowohl eine große Belastung für Patienten, welche dauerhaft ihre geistigen Fähigkeiten verloren haben, als auch für ihre Familien, die Krankenhäuser und gegenüber denen, die der Krankenhausbetten bedürfen, die aber bereits durch die komaösen Patienten besetzt sind. (2) Die veralteten Kriterien der Todesdefinition führen zu Kontroversen bei der Beschaffung von Organen für Transplantationen“ (Ad Hoc COMMITTEE of the Harvard Medical School to Examine the Definition of Brain Death 1968, zit. n. BEXTEN 2009, S. 3).**

An diesem Zitat wird deutlich, dass es den Mitgliedern der Ad-Hoc-Kommission nicht darum ging, festzustellen, ob der Hirntod der tatsächliche Tod der Patienten sei. Es ging eher darum, Probleme, die durch die Medizintechnik neu entstanden waren, zu lösen und um medizinische Ressourcen nicht weiter für Patienten, die im irreversiblen Koma lagen, einzusetzen. Zeit, die mit der medizinischen Versorgung der im irreversiblen Koma liegenden Patienten verloren ging, sollte anderen Kranken nicht vorenthalten werden. Nach den bis dahin gültigen Kriterien konnten diese Patienten nicht für tot erklärt werden (vgl. REHDER 2010, S. 28 - 29).

Zum ersten Punkt des Zitates kann gesagt werden, dass es ethisch<sup>10</sup> nicht verpflichtend und gefordert ist, das Leben todkranker Menschen mithilfe von medizinisch technischen Mitteln weiter zu verlängern, wenn Aussichten auf Genesung ausgeschlossen werden können. Hier hätten genaue juristisch formulierte Kriterien gefunden und erlassen werden können, die das Abschalten der technischen Geräte erlauben, um den Sterbeprozess nicht weiter künstlich aufzuhalten. So stellt der erste genannte Punkt des Harvard-Reportes von 1968 keinen plausiblen Grund für die Einführung einer neuen Todesdefinition dar, die den Hirntod mit dem Tod des Menschen gleichsetzt. Als Hauptgrund dieser Neudefinition muss deshalb der zweite genannte Grund betrachtet werden (vgl. BEXTEN 2009, S. 12).

Hier ging es darum, legal Organe für Transplantationen zu beschaffen.

CHRISTIAAN BARNARD, der Chirurg, der mit der ersten Herztransplantation 1967 LOUIS WASHKANSKY ein menschliches Herz eingesetzt hat, wurde von Fachkollegen scharf kritisiert und verurteilt. BARNARD hatte vor der Entnahme des Herzens der Spenderin, die im irreversiblen Koma lag, die Angehörigen

---

<sup>10</sup> Diese Entsprechung steht nicht im Widerspruch zur katholischen Moralthologie (vgl. BEXTEN 2009, S. 12).

nicht um Erlaubnis der Explantation<sup>11</sup> gebeten. Damals wurde von verschiedenen Zeitungen gefordert, gegen ihn eine Klage wegen Mordes beim Internationalen Gerichtshof einzureichen.

Die Ärzteschaft war also alarmiert. Hier drängte sich die Frage nach der legalen Organbeschaffung auf<sup>12</sup>. Es war Eile geboten (vgl. REHDER 2010, S. 30 - 31).

Die Ad-Hoc-Kommission der Harvard Medical School stellte 1968 vier Kriterien zur Feststellung des „Hirntodes“ auf. Diese waren:

1. keine Wahrnehmbarkeit von Reizungen der Sinne sowie kein Reagieren auf Reizungen,
2. Ausfallen von Atmung und Bewegungen,
3. vollständiger Reflexausfall und
4. ein Null-Linien-EEG<sup>13</sup>.

Trafen diese vier Kriterien zu, konnte der „Hirntod“ diagnostiziert werden. **Der „Hirntod“ wurde damit per Definition mit dem Tod des Menschen gleichgesetzt**<sup>14</sup> (vgl. BEXTEN 2009, S. 11).

Auf dem Fakt, dass das menschliche Gehirn vor allen anderen Organen als erstes Organ abstirbt und dass dieses Absterben durch den Einsatz der Intensivmedizin stark differieren kann, beruht der Hirntod (vgl. SCHUHMACHER 2012, S. 2).

**Mit dieser neuen Todesdefinition wurde juristisch die Legitimation geschaffen, von hirntoten Menschen Organe zu Transplantationszwecken zu entnehmen, obwohl deren Herzen noch schlugen und die Atmung mit apparativer Hilfe weiter aufrecht erhalten wurde.**

Diese Ausführungen geben die Antwort auf die im Vorwort gestellte zweite Frage.

**So ist das sogenannte „Hirntodkonzept“ entstanden, das auch in Deutschland gilt.**

Nach einer bestätigten Hirntoddiagnose wird der Mensch für tot erklärt, obwohl die sicheren Todeszeichen fehlen und die Atmung bei intaktem Kreislauf aufrechterhalten wird.

(Siehe dazu Abschnitt 4.5.)

---

<sup>11</sup> Organentnahme

<sup>12</sup> Auch in anderen Ländern wurden Antworten auf die sich aufdrängenden Fragen gesucht. Außerdem sollte eine juristische Legitimation zur Entnahme von Organen geschaffen werden, damit Ärzte nicht wegen des Vorwurfs der Tötung angeklagt werden konnten. Beispielsweise hatte bereits 1967 (noch vor der Veröffentlichung der Harvard-Kriterien) die deutsche „Kommission für Reanimation und Organtransplantation“ zum „Hirntod“ eine Stellungnahme publiziert.

SURA WADA, der japanische Herzchirurg, war bereits des Mordes angeklagt, da er versucht hatte das Herz eines nicht hirntoten Spenders zu transplantieren. Seine Herztransplantation scheiterte (vgl. REHDER 2010, S. 31 - 32).

<sup>13</sup> Mithilfe des Elektroenzephalogramms (EEG) kann die Aktivität des Gehirns an der Kopfoberfläche ermittelt werden.

<sup>14</sup> Die Harvard-Kriterien basierten nicht auf Kriterien von wissenschaftlicher Forschung (vgl. BYRNE, COIMBRA, SPAEMANN, WILSON 2005, S. 1). (Weitere Informationen dazu sind im Abschnitt 3.1 aufgeführt.)

## 2. 2            Das Erscheinungsbild – was „Hirntod“ bedeuten kann

Die Hirntodkriterien, die 1968 durch die Ad-Hoc-Kommission festgelegt worden sind, wurden in ihrer Gesamtheit bereits 1969 von der Harvard Medical School widerrufen. Neue Kriterien, die weniger restriktiv waren als die vorhergehenden, wurden eingeführt.

Bis heute herrscht weltweit kein Konsens darüber, ab wann jemand als „hirntot“ zu bezeichnen ist und wann noch nicht. Die geltenden Definitionen sind unklar und mehrdeutig, sowohl der Inhalt der Hirntoddefinition als auch die Feststellungskriterien<sup>15</sup>.

Der nach den Harvard-Kriterien von 1968 diagnostizierte „Hirntote“ zeigte keinerlei Reflexreaktionen mehr. Mittlerweile gelten in den USA und in Europa bei Frauen 14 und bei Männern 17 mögliche Reflexe mit der Hirntoddefinition als vereinbar<sup>16</sup>. 75 Prozent aller heute diagnostizierten Hirntoten können sich laut Statistik noch bewegen<sup>17</sup>. Reflexe der Fußsohle, der Extremitäten, der Achillesferse und Reflexe der Finger, des Nackens, des Bauches, Rumpfbeugereflexe sowie Unterleib-, Vaginal-, oder Analreflexe können auftreten. Durch Stiche können davon elf ausgelöst werden. Reaktionen auf Reize im Bereich des Rückenmarks und der Wirbelsäule werden zu den klinischen Kriterien der Hirntoddiagnostik gezählt (vgl. BEXTEN 2009, S. 11).

In einem Beitrag für das „Deutsche Ärzteblatt“ schrieben Mediziner des Universitätsklinikums Regensburg unter der Leitung von KAI TAEGER zur Bewegungsfähigkeit der für hirntot Erklärten:

Dabei handle es sich:

„[...] um eine Enthemmung spinaler Reflexschablonen durch den Wegfall der inhibierenden Einflüsse des Gehirns auf das Rückenmark (TAEGER 2005, zit. n. REHDER 2010, S. 74).

Bei Berührungen oder spontan könnten beim Hirntoten:

„[...] ungerichtete Bewegungen der Extremitäten oder des Rumpfes auftreten oder sogar in Einzelfällen gerichtete Bewegungen ‚imitiert‘ werden“ (TAEGER 2005, zit. n. REHDER 2010, S. 74).

---

<sup>15</sup> Nach der Bekanntgabe der Hirntodkriterien durch die Ad-Hoc-Kommission begann man noch im selben Jahr, die geltenden Hirntodkriterien weniger restriktiv zu formulieren, um zweckorientiert den Bedürfnissen der Transplantationsmedizin gerecht werden zu können. Die vielen Verfahrensänderungen der Hirntodkriterien bis Ende der 70er Jahre verglich die Soziologin GESA LINDEMANN mit einem Flickenteppich. Vorgeschriebene Beobachtungszeiten bei Messungen der Hirnströme variierten. Diese betrugen zwei Stunden bis zu zwei Tagen, um den Hirntod zu diagnostizieren (vgl. BAUREITHEL, BERGMANN 2001, S. 74).

<sup>16</sup> In den meisten Ländern Europas gilt als Kriterium für eine legale Organentnahme der diagnostizierte Hirntod. Eine Ausnahme bildet Großbritannien. Dort gilt die **Hirnstamm**-Tod-Definition. Konkret heißt das, dass ein Mensch mit Super-Locked-in-Syndrom, der noch Zeichen des Bewusstseins zeigen kann, in Großbritannien als tot gilt (MÜLLER 2011, S. 1). Aus diesem Grund schlugen bereits im Jahr 2000 in der englischen Zeitschrift „Anaesthesia“ zwei Anesthesisten vor, bei Explantationen den Organspendern in England eine Vollnarkose zu verabreichen (vgl. GEISLER 2012, S. 1).

<sup>17</sup> Diese vom Rückenmark vermittelten Bewegungen wurden 1984 erstmals durch ALAN ROPPER, einem US-amerikanischen Neurologen, als „Lazarus-Zeichen“ benannt (vgl. REHDER 2010, S. 73).

Diese Benennung bezieht sich auf eine Bibelstelle „Die Auferweckung des Lazarus als Zeichen“ im Johannesevangelium, in der es heißt: „Da kam der Verstorbene heraus; seine Füße und Hände waren mit Binden umwickelt, und sein Gesicht war mit einem Schweißtuch verhüllt. Jesus sagte zu ihnen: Löst ihm die Binden und lasst ihn weggehen!“ (Joh 11, 44)

Weiter wird berichtet, dass diese Bewegungen nicht gegen die Hirntoddiagnose sprächen, sondern als typische Manifestationen des Hirntodes betrachtet werden (vgl. REHDER 2010, S. 74).

Auch der Münchener Arzt FUAT ODUNCU sieht dies ähnlich. Er sagte:

„Diese Vorgänge werden von hirntoten Leichen weder in irgendeiner Form wahrgenommen noch bewusst ausgeführt. Es handelt sich um rein subzerebrale, also spinale<sup>18</sup> Phänomene und damit um reine Reflexautomatismen, die allein vom Rückenmark ausgehen und ohne zerebrale Regulation stattfinden. Mit anderen Worten: Gerade das Vorliegen solcher Phänomene belegt die Aufhebung einer zentralen Integration durch das Gehirn. Spinale Reflexautomatismen kommen dadurch zustande, dass der Ausfall des Gehirns mit dem Ausfall des aktivierenden und hemmenden Einflusses der Gehirnzellen auf das Rückenmark einhergeht. Es resultiert im Ergebnis eine Enthemmung der Rückenmarksneurone, wodurch es zu den beobachteten Reflexbewegungen kommen kann“ (ODUNCU 1998, zit. n. REHDER 2010, S. 74).

Diese „Lazarus-Zeichen“ werden von Kritikern der Hirntod-Theorie anders bewertet.

ANDREAS ZIEGER, Neurochirurg und Leiter der Station für Schwerst-Schädel-Hirngeschädigte am Krankenhaus in Oldenburg und Professor an der Universität Oldenburg, äußert sich zu Hirntoten so:

„Die sogenannten Spinalwesen<sup>19</sup> sind in meinen Augen Menschen mit einem intakten Rückenmark, die wahrnehmen und erleben. Sie antworten motorisch und leben in Beziehung zu ihrer Umwelt. Es gibt überhaupt kein Lebewesen, das nicht in Beziehung zur Umwelt existiert“ (ZIEGER o. J., zit. n. BAUREITHEL, BERGMANN 2001, S. 73 - 74).

Eine innere Trennung von Rückenmark und Gehirn vorzunehmen, hält ZIEGER für fragwürdig. Denn erst dadurch wird ein Patient, der „Lazarus-Zeichen“ aufweist, per Definition zu einem Toten erklärt. Er sagt:

„Wenn man das Rückenmark vom Gehirn trennt, obwohl es eigentlich begrifflich zum zentralen Nervensystem gehört, ist das verrückt“ (ZIEGER o. J., zit. n. BAUREITHEL, BERGMANN 2001, S. 74).

Für Angehörige und auch für das medizinische Personal stellen diese Lazarus-Zeichen und der warme Körper des Hirntoten oftmals eine starke psychische Belastung dar, da sie ihn nicht als Toten wahrnehmen. Diese Bewegungen können sich auch während der Organentnahme<sup>20</sup> ereignen. BAUREITHEL und BERGMANN zitierten in ihrem Buch die Anästhesieschwester MARGOT WORM (vgl. REHDER 2010, S. 75):

„Wenn man daneben steht, und ein Arm kommt von einem Toten hoch und fasst einen so an den Körper oder um den Körper, das ist furchterregend“ (WORM o. J., zit. n. REHDER 2010, S. 75).

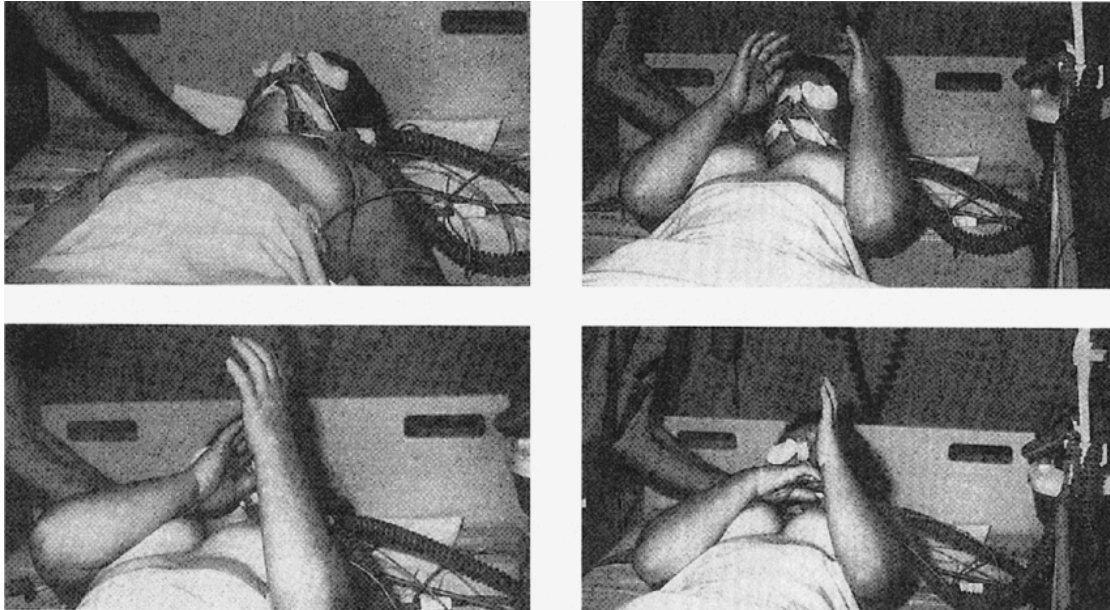
---

<sup>18</sup> Die Wirbelsäule und das Rückenmark betreffende Phänomene sind damit gemeint (vgl. Duden 1996, S. 697).

<sup>19</sup> In den USA werden hirntote Patienten in der Fachliteratur als „spinal man“ bezeichnet. In Deutschland spricht man deshalb auch von „Spinalwesen“ (vgl. BAUREITHEL, BERGMANN 2001, S. 73).

<sup>20</sup> (Siehe zum Explantationsvorgang Abschnitt 2.4.)

Folgende Abbildungen zeigen die Lazarus-Zeichen einer Hirntoten.



Fotos, Quelle: (KAO 2011, S. 2).

Während die Befürworter des Hirntodes die Lazarus-Zeichen lediglich als Spinalreflexe und Hirntote als Leichen, die keine Schmerzen mehr empfinden können, bezeichnen, verweisen Gegner darauf, dass Hirntote durchaus ihre Umwelt wahrnehmen und empfinden können. Diese Diskrepanz wird in den nachfolgenden Ausführungen weiter aufgezeigt werden.

### **2. 3 Die Hirntoddiagnostik**

Weltweit gibt es unterschiedliche Hirntodkriterien. Aus diesem Grund ist es schwer nachzuvollziehen, warum an einem Ort der Erde ein Patient bereits für hirntot erklärt werden kann, während er an einem anderen Ort noch als lebend bezeichnet wird (vgl. BYRNE, COIMBRA, SPAEMANN, WILSON 2005, S. 3).

Die unterschiedliche juristische Bewertung der Definitionen vom „Hirntod“ und die vorgeschriebenen Diagnosemethoden haben für die betreffenden Patienten existenzielle Bedeutung. Davon hängt ab, ob sie nach dem jeweils geltenden Hirntodkonzept als tot oder lebend eingestuft werden und ob ihre Organe zu Transplantationszwecken entnommen werden können (vgl. MÜLLER 2009, S. 3 - 4).

In Deutschland hat der Gesetzgeber mit dem neuen Transplantationsgesetz keine gesetzlichen Regelungen getroffen, die die Kriterien zur Feststellung des Hirntodes festschreiben. Zur Feststellung des Hirntodes verweist das Transplantationsgesetz in § 16 Abs. 1 auf die Richtlinien der Bundesärzte-

kammer<sup>21</sup> (BÄK). Die BÄK hat in den Richtlinien das Verfahren der Hirntoddiagnostik und den genauen Ablauf festgelegt (vgl. DSO 2014 b, o. S.).

In § 3 Abs. 1 des Transplantationsgesetzes wird als Voraussetzung für eine Organentnahme festgelegt, dass die Todesfeststellung „nach Regeln, die dem Stand der Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft entsprechen“ (zit. n. DSO 2014 b, o. S.), erfolgen soll.

(Von den neuesten Erkenntnissen der medizinischen Wissenschaft und kritischen Stellungnahmen wird in den folgenden Ausführungen noch ausführlich berichtet.)

Die DSO sagt, dass in Deutschland als Hirntod der Zustand des gesamten Gehirns bezeichnet wird, bei dem die irreversibel erloschenen Funktionen des Kleinhirns, des Großhirns und des Hirnstamms diagnostiziert werden, wobei die Herz-Kreislauffunktion und die Atmung künstlich aufrechterhalten werden (vgl. DSO 2014 b, o. S.).

Zur Hirntoddefinition, die in Deutschland gilt, stellt SABINE MÜLLER ergänzend fest :

„Auch diese Hirntoddefinition ist keine Ganzhirntoddefinition, denn sie setzt nicht den Ausfall aller Hirnfunktionen voraus, insbesondere nicht den der neuroendokrinen Funktionen der Hirnanhangsdrüse“ (MÜLLER 2009, S. 4).

An den beiden genannten Aussagen ist erkennbar, dass diese nicht vollständig übereinstimmen.

Die DSO sagt zum Hirntod:

„Das Gehirn ist übergeordnetes Steuerorgan aller elementaren Lebensvorgänge. Mit seinem Tod ist auch der Mensch in seiner Ganzheit gestorben“ (DSO 2014 b, o. S.).

(Zu dieser Aussage der DSO vertreten internationale Wissenschaftler gegenteilige Meinungen, die in den nachfolgenden Kapiteln mitgeteilt werden.)

Die Diagnostik des Hirntodes erfolgt in Deutschland nach den Richtlinien der BÄK nach einem dreistufigen Schema:

- 1.) Prüfung des Vorliegens einer primären<sup>22</sup> oder sekundären<sup>23</sup> Hirnschädigung und Ausschluss bestimmter Befunde (wie Vergiftung, Unterkühlung, Sedierung<sup>24</sup> und Verminderung der Blutmenge);

---

<sup>21</sup> Die Bundesärztekammer (BÄK) ist die Arbeitsgemeinschaft der deutschen Ärztekammern mit Sitz in Berlin. Sie ist keine Körperschaft öffentlichen Rechtes und damit kein gesetzgebendes Organ. Die BÄK ist ein nicht eingetragener Verein, der berufspolitische Interessen der Ärzte vertritt (vgl. de.Wikipedia. org. 2014 a, o. S.).

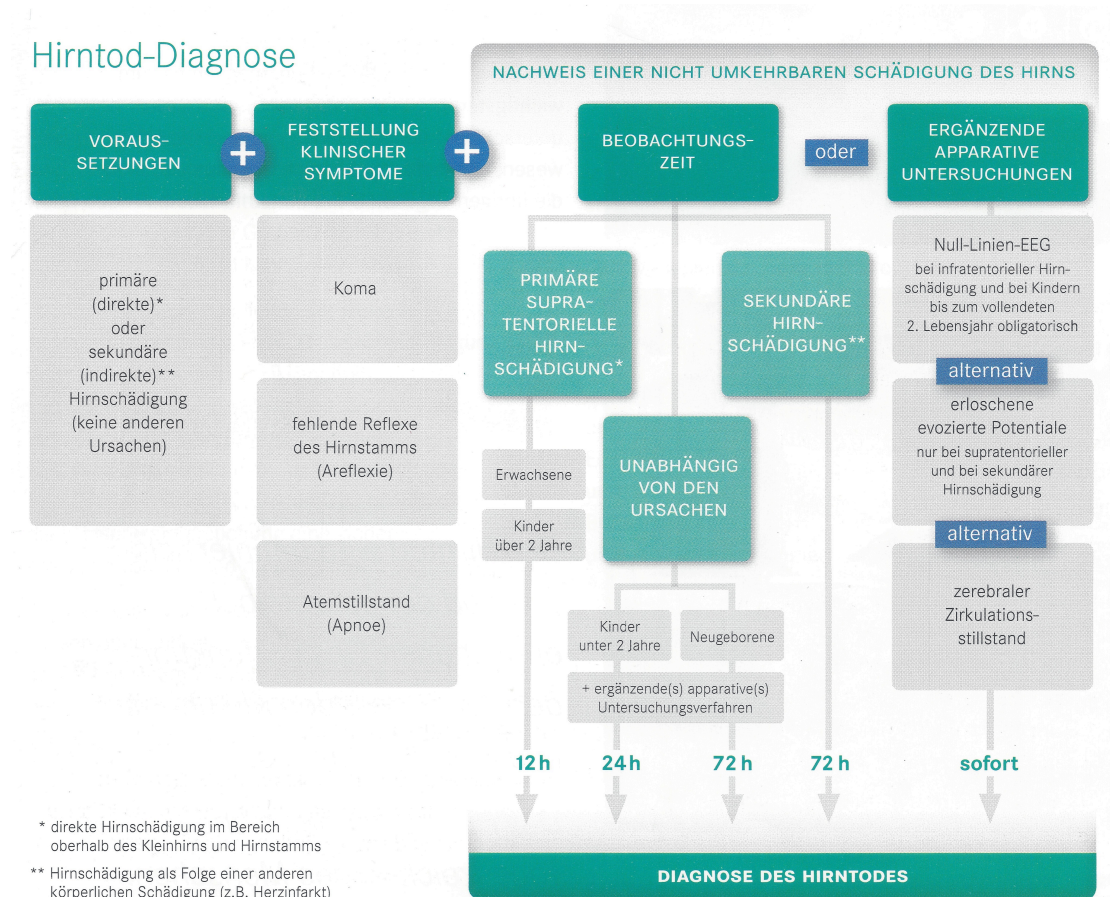
<sup>22</sup> „direkte Hirnschädigung im Bereich oberhalb des Kleinhirns und Hirnstamms“ (DSO 2012 a, S.16).

<sup>23</sup> „Hirnschädigung als Folge einer anderen körperlichen Schädigung (z.B. Herzinfarkt)“ (DSO 2012 a, S.16).

<sup>24</sup> Eine durch Medikamentengabe erzeugte Dämpfung der Funktionen des Zentralnervensystems (vgl. Hoffmann-La Roche AG, Urban & Schwarzenberg 1993, S. 1502).

- 2.) Nachweis des Komas und fehlender Reflexe des Stammhirns<sup>25</sup> sowie der Nachweis des Ausbleibens der Spontanatmung;
- 3.) Nachweis der irreversiblen Hirnschädigung (vgl. SIEGMUND-SCHULZE 2010, S. 2).

Graphische Darstellung der Hirntoddiagnose:



Quelle: (DSO 2012 a, S. 16).

Abbildung: „Für die Feststellung des Hirntodes müssen bestimmte Voraussetzungen (links) gegeben sein. Ärzte prüfen ob die klinischen Symptome vorliegen, die mit dem Hirntod verbunden sind. Diese Untersuchungen werden nach einer bestimmten Beobachtungszeit wiederholt (Mitte). Anstelle einer Wiederholung kann auch eine ergänzende apparative Untersuchung (rechts) erfolgen, durch die der Ausfall der gesamten Gehirnfunktion oder der Gehirndurchblutung nachgewiesen wird“ (DSO 2012 a, S. 16).

<sup>25</sup> Dazu zählen fünf unterschiedliche Reflexe:

1. Prüfung der Pupillenreaktion auf Lichtreize: Bei Hirntoten reagieren die Pupillen nicht.
2. Reaktionsprüfung auf schnelle Nick- und Drehbewegungen des Kopfes: Hirntote weisen das sogenannte „Puppenkopffänomen“ auf, dabei verbleiben die Augen in reaktionsloser Ausgangsstellung.
3. Prüfung des Augenhornhautreflexes durch Berührung der Hornhaut mit einem Wattestäbchen: Bei Hirntoten schließen sich die Augenlider nicht.
4. Schmerzreizprüfung im Gesichtsbereich: Bei Hirntoten bleiben Abwehrreaktionen des Kopfes und der Gesichtsmuskulatur aus.
5. Husten- und Würgereflexprüfung: Wird die hintere Rachenwand beispielsweise mit dem Beatmungsschlauch berührt, wird bei gesunden Menschen ein Husten- oder Würgereflex ausgelöst. Bei Hirntoten bleibt dieser Reflex aus (vgl. DSO 2009, S. 22).

<sup>26</sup> Das heißt, wenn in Deutschland die apparative Diagnostik zur Feststellung des Hirntodes eingesetzt wird, braucht die sonst vorgeschriebene Beobachtungszeit von 12 oder 72 Stunden bei Patienten nach dem zweiten Lebensjahr nicht mehr eingehalten zu werden. (Siehe Abbildung oben.) **Der Hirntod kann sofort diagnostiziert werden.**



Wie im Diagramm ersichtlich, ist für den Nachweis der irreversiblen Hirnschädigung eine vorgeschriebene Beobachtungszeit einzuhalten. **Für die Feststellung des Hirntodes sind in Deutschland apparative Untersuchungsmethoden nicht vorgeschrieben.** Nur bei Kindern bis zum zweiten Lebensjahr und bei einer primären oder infratentoriellen<sup>27</sup> Hirnschädigung werden diese ausdrücklich verlangt. Diese können auch angewendet werden, um die vorgeschriebene Beobachtungszeit der Hirntoddiagnostik zu verkürzen (vgl. SIEGMUND-SCHULZE 2010, S. 2).

Die etwa 1400 Krankenhäuser in Deutschland sind seit 01.12.1997 laut Transplantationsgesetz § 11, Absatz 4 verpflichtet, mögliche Organspender den zuständigen Transplantationszentren umgehend zu melden (vgl. BAUREITHEL, BERGMANN 2001, S. 39):

„Die Transplantationszentren und die anderen Krankenhäuser sind verpflichtet, untereinander und mit der Koordinationsstelle zusammenzuarbeiten. Die Krankenhäuser sind verpflichtet, den endgültigen, nicht behebbaren Ausfall der Gesamtfunktion des Großhirns, Kleinhirns und des Hirnstamms von Patienten, die nach ärztlicher Beurteilung als Spender vermittlungsfähiger Organe in Betracht kommen, dem zuständigen Transplantationszentrum mitzuteilen, das die Koordinationsstelle unterrichtet“ (BAUREITHEL, BERGMANN 2001, S. 39).

Die Bundesärztekammer hat in ihren Richtlinien explizit festgelegt:

„Der Hirntod kann in jeder Intensivstation auch ohne ergänzende apparative Diagnostik festgestellt werden“ (zit. n. MÜLLER 2011, S. 2).

Die vorgeschriebene Diagnostik der Bundesärztekammer erfasst nur bestimmte Bereiche des Gehirns. Bei den Patienten, bei denen eine apparative Diagnostik nicht vorgeschrieben ist, brauchen nur die Funktionen des Hirnstammes untersucht zu werden. Dabei werden die Funktionen des Kleinhirns, des Kortex und des Mittelhirns nicht diagnostiziert.

Zwischen den diagnostischen Richtlinien des Hirntodes bestehen in den verschiedenen Staaten zahlreiche Unterschiede. Das betrifft diagnostische Tests zum Atemstillstand, zum Pupillenreflex und zur Körpertemperatur und Bestimmungen des Einsatzes der apparativen Diagnostik<sup>28</sup> (vgl. MÜLLER 2011, S. 2).

Einige Fälle wurden in der Fachliteratur beschrieben, bei denen noch eine elektrische Aktivität messbar oder ein zerebraler Blutfluss feststellbar war, obwohl nach der klinischen Diagnostik der Hirntod bereits diagnostiziert worden ist. Aus diesem Grund wurde auch in Deutschland angeregt, die verpflichtende apparative Diagnostik<sup>29</sup> in die Richtlinien der BÄK zur Feststellung des Hirntodes mit aufzunehmen (vgl. SIEGMUND-SCHULZE 2010, S. 2).

---

<sup>27</sup> „direkte Hirnschädigung im Bereich oberhalb des Kleinhirns und Hirnstamms“ (DSO 2012 a, S.16).

<sup>28</sup> In Frankreich, Luxemburg, Norwegen, Mexiko, den Niederlanden und Argentinien ist die apparative Hirntod-Diagnostik vorgeschrieben. In Deutschland ist der apparative Einsatz nur in oben genannten Spezialfällen vorgeschrieben (vgl. MÜLLER 2011, S. 2).

<sup>29</sup> „...auf zerebralen Blutfluss (Hirn- Angiografie, transkraniale Dopplersonografie), auf elektrische Aktivität (EEG) oder neuronale metabolische Aktivität (PET, SPECT, fMRT)“ (SIEGMUND-SCHULZE 2010, S. 2).

Laut Transplantationsgesetz muss nach § 5 beim Organspender der Hirntod von zwei Ärzten, die dafür qualifiziert sind, unabhängig voneinander diagnostiziert werden. Diese dürfen weder beim Explantationsvorgang des Spenders noch an deren Organübertragung beteiligt sein (vgl. DSO 2014 b, o. S.).

Zu den Qualifikationsanforderungen der beiden Ärzte, die den Hirntod diagnostizieren, heißt es in den „Richtlinien zur Feststellung des Hirntodes“ der BÄK:

„Die beiden den Hirntod feststellenden und dokumentierenden Ärzte müssen gemäß den Anforderungen der „Richtlinien zum Inhalt der Weiterbildung“ über eine mehrjährige Erfahrung in der Intensivbehandlung von Patienten mit schweren Hirnschädigungen verfügen“ (Wissenschaftlicher Beirat der Bundesärztekammer 1997, S. A-1864).

Dass vielen Ärzten diese notwendigen Erfahrungen fehlen, wird im nachfolgenden Abschnitt ausgeführt.

### 2. 3. 1      **Sicherheit der Hirntoddiagnostik**

Der Transplantationschirurg GUNDLOF GUBERNATIS und der Neurologe HERMANN DEUTSCHMANN fordern für Ärzte, die den Hirntod diagnostizieren, eine geprüfte Zusatzqualifikation. GUBERNATIS, der bei der DSO als geschäftsführender Arzt tätig war, sagt (vgl. BERNDT 2014 a, S. 1):

„Die Ausbildung der Ärzte hat ein großes Qualitätsdefizit“ (GUBERNATIS o. J., zit. n. BERNDT 2014 a, S. 1).

In kleineren Kliniken können Erfahrungen mit der Hirntoddiagnostik nicht alle Intensivmediziner haben, sagt GUBERNATIS. Auf einen hirntoten Patienten treffen diese Mediziner durchschnittlich alle zwei Jahre. Aus diesem Grund hatte er ein mobiles Konsiliarteam eingerichtet, das ständig erreichbar war und in dem speziell ausgebildete Ärzte arbeiteten. Dieses Team half auf Anfrage bei der Hirntoddiagnostik. Nach dem Weggang GUBERNATIS' aus der DSO wurde dieses Projekt eingestellt (vgl. BERNDT 2014 a, S. 1).

DEUTSCHMANN, der selbst in einem mobilen Konsiliarteam der DSO arbeitete und zur Hirntoddiagnostik als Zweitgutachter angefordert worden ist, sagte:

„Die Hirntoddiagnostik ist eines der sichersten Verfahren überhaupt, wenn man die Richtlinien beachtet und Erfahrungen auf diesem Gebiet hat“ (DEUTSCHMANN o. J., zit. n. BERNDT 2014 a, S. 1).

Dass bei Hirntod-Diagnosen Ärzte Patienten wegen mangelnder Erfahrung für tot erklärten, obwohl sie noch lebten, darauf wies DEUTSCHMANN schon im Jahr 2004 hin. **In etwa 30 Prozent der Einsätze des mobilen Konsiliarteams konnte er als Zweitgutachter die Hirntod-Diagnose des Erstgutachters nicht bestätigen** (vgl. BERNDT 2014 a, S. 1).

Er leitete in der Region Nord ein Konsiliarteam. Eine detaillierte auswertende Aufstellung der Einsätze des Teams, in dem DEUTSCHMANN tätig war, liegt für die Jahre 2001 bis 2005 vor. Insgesamt wurde das Konsiliarteam 212 mal zum mobilen Einsatz gerufen. Bei circa jedem dritten Einsatz konnte der Hirntod nicht diagnostiziert werden. Bei 58 Patienten war durch einen Arzt der Hirntod bereits schon protokolliert worden. In 16 dieser 58 Fälle (das entspricht 28 Prozent) erfolgte die Diagnose gegen die gültigen Regeln<sup>30</sup>.

In elf Fällen ist nicht bekannt, ob die Menschen verstorben sind. Durch Medikamente waren beispielsweise die Gehirne betäubt. Dann kann der Hirntod nicht diagnostiziert werden. Fünf Patienten, die schon für tot erklärt worden waren, zeigten noch Lebenszeichen. Mehrmals wurden bei EEG-Messungen noch Hirnaktivitäten gemessen. Ein Patient konnte sogar selbständig atmen (vgl. BERNDT 2014 b, S. 1 - 2).

Da in jüngster Zeit vermehrt Fälle falscher Hirntod-Diagnosen bekannt wurden, bezifferte die DSO die Häufigkeit fehlerhafter Diagnosen des Hirntodes mit **0,67 Prozent**. Weil diese Fehlerquote inakzeptabel hoch ist, forderten die „Deutsche Gesellschaft für Neurologie“, die „Deutsche Gesellschaft für Neurointensiv- und Notfallmedizin“ und die „Deutsche Gesellschaft für Neurochirurgie“ eine bessere Qualifikation der untersuchenden Ärzte. Diese Forderung formulierten sie im März 2014 in einem offenen Brief an den Präsidenten, FRANK ULRICH MONTGOMERY, und die Vizepräsidentin, MARTINA WENKER, der BÄK (vgl. BERNDT 2014 b, S. 1 - 2).

Der DSO-Vorstand RAINER HESS warnte davor, das geltende System unter „einen Generalverdacht“ zu platzieren. In Deutschland sei die Hirntod-Diagnostik streng geregelt (vgl. BERNDT 2014 b, S. 2):

„Wenn sie nach den Richtlinien der Bundesärztekammer korrekt durchgeführt wird, ist sie eine der sichersten Diagnosen in der Medizin“ (HESS 2014, zit. n. BERNDT 2014 b, S. 2).

Dennoch räumte HESS ein, dass die Hirntod-Diagnostik zum Ausschluss von Fehlerquellen und zur Prozessoptimierung immer wieder geprüft werden müsse. Für jede Organspende sei eine sichere Diagnostik eine unabdingbare Voraussetzung (vgl. BERNDT 2014 b, S. 2).

Wie SPIEGEL ONLINE am 11.01.2015 berichtete wurde im Raum Bremerhaven/Bremen ein weiterer Fall einer Falschdiagnose vom Dezember 2014 bekannt. Nachdem der Bauchraum des Patienten zum Zwecke der Organentnahme bereits eröffnet war, wurde der Fehler bemerkt und die geplante Explantation abgebrochen. Der Patient verstarb. Laut der DSO-Dokumentation geschah das wegen

---

<sup>30</sup> (Siehe dazu auch die Erfahrungsberichte zweier Mütter im Anhang unter 8.1.1 und 8.1.5.)

eines Versagens des Herz-Kreislaufes. Bereits ein Jahr zuvor wurde bekannt, dass innerhalb eines dreijährigen Zeitraumes der Hirntod bei zehn Patienten falsch diagnostiziert worden ist. Die Richtlinien wurden dabei nicht eingehalten. Die DSO gab an, dass in diesen Fällen Organentnahmen an Lebenden nicht stattgefunden haben (vgl. SPIEGEL ONLINE 2015, o. S.).

In Amersfoort, Niederlande, fand am 09.11.2012 ein Kongress zum Thema „Organspender sind nicht tot“ statt. CICERO GALI COIMBRA kritisierte den Apnoe-Test in seinem Tagungsbeitrag erneut.

Er berichtete über den Krankheitsverlauf und die Genesung des Patienten ZACK DUNLAP, der im Zustand einer „ischämischen Penumbra“ war. Auf ihn trafen medizinische und gesetzliche Kriterien zu, um seinen Hirntod zu erklären. Zur Sicherheit der Diagnose wurde der Blutdurchfluss ergänzend mithilfe der medizinischen Gerätetechnik<sup>31</sup> geprüft. Ein zweiter Hirnscan bestätigte die Hirntod-Diagnose noch einmal.

Wären ZACK DUNLAP die Organe nach der Hirntod-Diagnose entnommen worden, hätte man diesen Vorfall als erfolgreiche Organspende betrachtet (vgl. COIMBRA 2012, S. 1 - 2).

COIMBRA sagte dazu:

„Ich bin der Ansicht, dass wir Zacks Fall zum Anlass nehmen sollten, um innezuhalten und als Aufruf und Chance zu sehen“ (COIMBRA 2012, S. 1).

Die Dringlichkeit der Überprüfung fragwürdiger ethischer und medizinischer Vorgehensweisen mahnte COIMBRA an. Medizinische Unerklärbarkeiten, wie die Genesung von ZACK DUNLAP, müssten wissenschaftlich untersucht werden, damit andere Patienten von den Kenntnissen profitieren können.

Im Zustand der „ischämischen Penumbra“ werden 50 bis 80 Prozent des Blutflusses im Gehirn reduziert. Einige Funktionen des Gehirns werden gedämpft, andere sind inaktiv, ohne dass die Lebensfähigkeit des Gehirns verloren geht (vgl. COIMBRA 2012, S. 2).

COIMBRA führte weiter aus:

„Wenn die diagnostischen Kriterien für den Hirntod zu einem bestimmten Zeitpunkt erfüllt sind, dann ist dieser Mensch gesetzlich tot, unabhängig davon, ob diese Kriterien später nicht mehr zutreffen“ (COIMBRA 2012, S. 7).

Hier hat die Praxis der Hirntoddiagnostik einen verheerenden Interessenkonflikt geschaffen (vgl. COIMBRA 2012, S. 2).

---

<sup>31</sup> Der Hirntod dieses Patienten wurde zweimal durch den „technetium scan“ (oder auch den Tc-99m HMPAO Szintigramm genannt) bestätigt (vgl. COIMBRA 2012, S. 2).

Denn sobald die Hirntoddiagnose einmal gestellt ist, wird entweder die künstliche Beatmung abgestellt oder bei einer Zustimmung zur Organspende wird diese zum Zweck der Organgewinnung bis zum Explantationsvorgang weitergeführt.

COIMBRA wies darauf hin, dass eine Schilddrüsenunterfunktion bei schwer hirngeschädigten Patienten grundsätzlich nicht behandelt wird, obwohl diese zum Tode führt. Die lebensrettende Hormontherapie wird diesen Patienten verweigert und sie werden dem Apnoe-Test unterzogen. In Abhängigkeit vom Grad der Schwere der Hirnverletzung nimmt die Schilddrüsenfunktion in den ersten Stunden ab. Die Reaktionsmöglichkeit dieser Patienten auf das ansteigende Kohlendioxid während des Apnoe-Testes ist bei einer Schilddrüsenunterfunktion reduziert. Es besteht die Möglichkeit, dass ihr Atemzentrum aus diesem Grund nicht auf den Test reagieren kann, obwohl eine irreversible Zerstörung des Atemzentrums nicht vorliegt.

Durch zunehmenden Druck des Gehirns verringert sich die Produktion des TSH-Hormons. Dieses Hormon ist lebenswichtig und entscheidend für das Weiterleben von hirnverletzten komatösen Patienten. Das TSH-Hormon, das in der Hirnanhangsdrüse produziert wird, regt die Schilddrüse an, das Hormon T3 und T4 zu bilden. Diese beiden Hormone fördern die neuronale Erholung und verhindern das Fortschreiten des Hirnödems<sup>32</sup>. Der Ausfall der Hormone verursacht einzeln oder in Kombination dauerhaft einen geringen Blutdruck, welcher durch diese verursachte Minderdurchblutung die Verletzung des Gehirns weiter verschlimmert. Zwischen der TSH-Hormonproduktion und Hirnödemen besteht ein Zusammenhang. Infolge einer nicht diagnostizierten Unterfunktion der Schilddrüsenhormone schwellen die Hirnödeme weiter an und es kommt zur irreversiblen Schädigung des gesamten Gehirns.

COIMBRA verwies darauf, dass der Apnoe-Test folglich bei schwer hirnverletzten Patienten durchgeführt wird, die von einer Schilddrüsenunterfunktion am stärksten betroffen sind (vgl. COIMBRA 2012, S. 2 - 3).

Wie SABINE MÜLLER in einem Fachartikel beschreibt, führt die apparative Hirntoddiagnostik im Vergleich zur klinischen Diagnostik oft zu verschiedenen Ergebnissen. Sie gibt eine Studie der Newark Universitätsklinik an, in der die Unterschiede **elf Prozent** betragen. Da die Methoden unterschiedlich empfindlich sind, können bei der klinischen Untersuchung nur die Funktionen des Hirnstammes erfasst werden, während die apparative Diagnostik das gesamte Gehirn untersuchen kann. 2010 hat die American Academy of Neurology der Hirntoddiagnostik, die sie 1995 selbst vorgeschrieben hatte, das Fehlen einer wissenschaftlichen Fundierung bescheinigt. Hier gebe es keine ausreichenden Nachweise für die Richtigkeit der Beobachtungszeit, um festzustellen, ob der Hirntod unumkehrbar ist. Auch die Zuverlässigkeit der verschiedenen Tests des Atemstillstandes mit unterschiedlichen apparativen Verfahren sei nicht gegeben. In diesem Zusammenhang wird auf das Forschungsdefizit hingewiesen und die Dringlichkeit weiterer Forschung angemahnt (vgl. MÜLLER 2011, S. 2).

---

<sup>32</sup> Anschwellen des Hirngewebes durch Flüssigkeitseinlagerungen (vgl. de.wikipedia.org. 2015 d, o. S.)

Obwohl oben genannte Studie der Newark Universitätsklinik und andere internationale Studien vorliegen, wurde der zwingende Einsatz der apparativen Hirntoddiagnostik in die Richtlinien der BÄK bis zum gegenwärtigen Zeitpunkt nicht aufgenommen. Falls in Deutschland eine apparative Hirntoddiagnostik durchgeführt wird, entfällt dann aber die bei der klinischen Diagnostik vorgeschriebene Beobachtungszeit.

Die BZgA lässt in ihren Veröffentlichungen dennoch keine Zweifel aufkommen und gibt bekannt, dass die Hirntoddiagnostik in Deutschland der medizinischen Wissenschaft entspricht. Sie sagt zur Feststellung des Hirntodes folgendes:

„Die Feststellung des Hirntods erfolgt dabei mit geeigneten Methoden, die dem in Richtlinien der Bundesärztekammer dargestellten Stand der Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft entsprechen. Der Hirntod lässt sich durch verschiedene Untersuchungen zweifelsfrei feststellen. Es handelt sich dabei nicht um eine Prognose über den zukünftigen Zustand des Patienten. Vielmehr stellt der Arzt fest, dass die Gehirnfunktionen bereits unwiderruflich erloschen sind. Damit ist naturwissenschaftlich-medizinisch der Tod des Menschen zweifelsfrei festgestellt“ (BZgA 2014 a, S. 22).

Da in Deutschland die apparative Diagnostik zur Feststellung des Hirntodes nicht zwingend vorgeschrieben ist, wird ersichtlich, dass die Aussage dieses Zitates nicht mit den inzwischen international bekannten neuen wissenschaftlichen Erkenntnissen des Hirntodes und seiner Diagnostik übereinstimmt. Dies wird auch an den Erkenntnissen ersichtlich, die auf der internationalen Fachtagung im Jahr 2005 zu den „Zeichen des Todes“ von Experten ausgetauscht und vorgetragen worden sind.

(Diese werden im 3. Kapitel vorgestellt.)

### **2. 3. 2            Das Testen der Spontanatmung (der „Apnoe-Test“)**

Während des internationalen Kongresses im Vatikan zum Thema „Die Zeichen des Todes“ an der Päpstlichen Akademie der Wissenschaften 2005 stellte Dr. CICERO GALLI COIMBRA, Neurologe der Universität Sao Paolo, in einer Präsentation die Vorgehensweise des Apnoe<sup>33</sup>-Testes vor. Dieser Test wird obligatorisch bei jeder Hirntod-Diagnostik am Patienten durchgeführt. Das künstliche Beatmungsgerät wird dabei für etwa zehn Minuten abgeschaltet. Während dieser Zeit soll festgestellt werden, ob die Spontanatmung des Patienten wieder einsetzt. Diese Untersuchung bezeichnete COIMBRA als grausam. Erst dadurch könne die Möglichkeit der Genesung der Hirnverletzung beeinträchtigt werden. Auch der Tod des hirnverletzten Patienten kann durch die Unterbrechung der künstlichen Beatmung während des Testes hervorgerufen werden.

---

<sup>33</sup> Das Aussetzen der Atmung wird unter Apnoe (griechisch: pnoé = Atmung) verstanden (vgl. REHDER 2010, S. 60).

COIMBRA führte weiter aus: Einige Patienten mit Hirnverletzungen, die im tiefen Koma liegen, können durch Wiedererlangung des Bewusstseins in die Normalität des Lebens zurückkehren. Möglicherweise ist ihr Nervengewebe durch eine zum Teil geminderte Gehirndurchblutung nur ruhiggestellt und es liegt keine irreversible Schädigung vor. Als 1967 erste neurologische Kriterien für die Hirntoddiagnostik festgelegt wurden, war dieses Krankheitsbild des sogenannten „ischämischen Halbschattens“<sup>34</sup> noch unbekannt. Als wichtigster Diagnoseschritt bei der Feststellung des „Stammhirntodes“ oder des „Hirntodes“ gilt der Apnoe-Test. Dieser kann die Durchblutung des Gehirns irreversibel zum Erliegen bringen oder auch den Stillstand des Herzens herbeiführen. Damit wird verhindert, dass das Nervensystem sich wieder regenerieren kann. Während des Tests<sup>35</sup> reichert sich das Blut mit Kohlendioxid<sup>36</sup> an, da der Patient nicht weiter beatmet wird. In Folge kommt es zum Blutdruckabfall. Die Zufuhr des Blutes zum Gehirn und zum Atemzentrum im Gehirn wird reduziert. Dadurch wird der Patient daran gehindert selbst zu atmen. (Eine eigenständige Atmung während des Apnoe-Tests würde aber darauf hinweisen, dass der Patient nicht hirntot ist.) COIMBRA wies darauf hin, dass durch dieses Vorgehen der Hirntod erst hervorgerufen werden kann. Die Kohlendioxidanreicherung ist schädlich für das Herz. Es kann während des Testverfahrens zu Herzrhythmusstörungen, zum Herzstillstand, zum Herzmuskelinfarkt und anderen lebensbedrohlichen Auswirkungen kommen. Durch den Apnoe-Test bei der Hirntoddiagnostik kann die irreversible Schädigung des Gehirns erst hervorgerufen werden. Er verurteilte dieses medizinische Testverfahren als unethisch und unmenschlich und sagte, wenn Angehörige um die Risiken und die Brutalität dieses Apnoe-Testes wüssten, würden viele ihre Zustimmung dafür nicht geben.

Wenn ein Patient mit einem Herzinfarkt in eine Notfallstation aufgenommen wird, wird er keinen belastenden Tests ausgesetzt, um die Diagnose zu prüfen. Er wird mit besonderer Sorgfalt behandelt, um das Herz vor Belastungssituationen zu schützen. Aber beim Apnoe-Test geschieht das Gegenteil. Der Patient wird mit seinem verletzten Gehirn einem Test unterzogen, der das Gehirn weiter schädigen und sein Leben gefährden kann<sup>37</sup> (vgl. COIMBRA 2005, S. 4 - 5).

---

<sup>34</sup> Im medizinischen Sprachgebrauch wird dieser Zustand als „ischämische Penumbra“ bezeichnet. Dieser Zustand gilt als potentiell heilbar.

<sup>35</sup> Zu Beginn des Testes wird die Beatmung des Patienten für etwa 10 bis 20 Minuten mit 100 prozentigem Sauerstoff durchgeführt. Dann wird der Gasaustausch reduziert und folglich steigt der Kohlendioxidwert des Blutes an. Wenn ein Wert von 60 mmHG erreicht ist (der Normalwert liegt etwa bei 40 mmHG; 1 mmHG = 0,00133 bar) wird die Beatmung abgestellt. Setzt die Spontanatmung nicht ein, gilt dies als Nachweis des Fähigkeitsverlustes eigenständig zu atmen (vgl. REHDER 2010, S. 61).

<sup>36</sup> Das Kohlendioxid, das beim Verbrennen des Sauerstoffes in den Zellen entsteht, kann durch die ausbleibende Atmung nicht mehr aus dem Blut über die Lunge nach außen abgegeben werden. Wenn die Konzentration des Kohlendioxids im Blut stark ansteigt, wirkt es vor allem für das Herz wie ein Gift. Infolge dessen kommt es zum Abfall des Blutdruckes. Dadurch wird die Sauerstoffversorgung des Gehirns erschwert oder zum Stillstand gebracht. Wenn die Konzentration des Kohlendioxids auf 100 mmHG ansteigt, kommt es zur sogenannten „Kohlendioxidnarkose“, die auch bei gesunden Menschen zum Atemstillstand und damit zum Tod führt (vgl. REHDER 2010, S. 62 - 63).

<sup>37</sup> Während des Kongresses „Organspender sind nicht tot“ in Amersfoort 2012 führte COIMBRA aus, dass eine Erhöhung der Kohlendioxidkonzentration im Blut während des Apnoe-Testes den Hirndruck weiter ansteigen lässt. Dieser Anstieg hat den anhaltenden oder unumkehrbaren Zerfall der Zellen des Gehirns zur Folge (vgl. COIMBRA 2012, S. 3).

Dr. YOSHIO WATANABE, ein japanischer Kardiologe, stimmte COIMBRA zu. **Er sagte, wenn die rechtzeitige Behandlung der Patienten mit einer Unterkühlung<sup>38</sup> beginne und sie dem Apnoe-Test nicht ausgesetzt würden, hätten die Patienten eine Rückkehrchance ins Leben von 60 Prozent** (vgl. WATANABE 2005, S. 5).

Gegner des Hirntodkonzeptes bringen im Wesentlichen drei Einwände ein:

- Sie bestreiten, dass durch den Apnoe-Test der Nachweis für das unwiederbringliche Ausbleiben der Spontanatmung erbracht werden kann.
- Beim gesunden Menschen wird das Atemzentrum bei einer erhöhten Kohlendioxidkonzentration im Blut gereizt, so dass unwillkürlich die Atemfrequenz ansteigt. Bei einem schwer hirnverletzten Patienten müsse dies aber nicht der Fall sein.

Die Tatsache, dass Patienten mit schweren Hirnverletzungen wieder gesunden und am normalen Leben teilnehmen können, obwohl sie in einem tief komatösen Zustand waren, zeigt, dass das Nervengewebe nur „geruht“ hat und nicht irreversibel geschädigt war.

(Hinsichtlich einiger Verletzungen und Vorschädigungen<sup>39</sup> kann der Apnoe-Test selbst von Befürwortern nicht als aussagekräftig betrachtet werden. Es ist umstritten, ab welcher Höhe der Kohlendioxidkonzentration ein irreversibles Ausbleiben der Spontanatmung diagnostiziert werden kann.)

- Es ist zwar unklar, ob durch eine Erhöhung der Kohlendioxidkonzentration im Blut eine zusätzliche Schädigung herbeigeführt wird. Doch sagt der amerikanische Neoantologe PAUL A. BYRNE dazu, dass sich durch die Erhöhung der Kohlendioxidkonzentration im Blut eine bestehende Schwellung des Gehirns weiter vergrößern und eine Schädigung des Gehirns weiter verstärken kann (vgl. REHDER 2010, S. 63 - 65).

Der Münchener Arzt FUAT ODUNCU, der sich zu den Hirntod-Befürwortern zählt, schrieb dazu folgendes:

„Allerdings sollte der Apnoe-Test erst am Ende der übrigen klinischen Untersuchungen erfolgen, wenn die Befunde die Annahme des Hirntods sehr wahrscheinlich machen, um keine unnötige Gefährdung des Patienten zu riskieren“ (ODUNCU 1998, zit. n. REHDER 2010, S. 65).

---

<sup>38</sup> Im Jahr 2012 führte COIMBRA während des Kongresses „Organspender sind nicht tot“ in Amersfoort aus, dass eine Erhöhung der Körpertemperatur bei Schädel-Hirn-Trauma-Patienten die Vergrößerung von Hirnödemen zur Folge habe. Diese führen zu mangelnder Durchblutung des Gehirns, starkem Hirndruck, schweren Krankheitsverläufen und Todesfällen. Selten wird die altbewährte Therapie des Fiebersenkens auf Intensivstationen angewendet. Er stellte eine Studie vor: Bei nur 31 Prozent der Schädel-Hirn-Trauma-Patienten wurden fiebersenkende Medikamente eingesetzt, wenn die Körpertemperatur erhöht war. Bei 57 Prozent der Patienten mit erhöhter Körpertemperatur blieb diese über einen Zeitraum von vier Stunden konstant, trotz des Einsatzes fiebersenkender Medikamente, bei fünf Prozent der Patienten blieb die Körpertemperatur zwölf Stunden lang erhöht (vgl. COIMBRA 2012, S. 6 - 7).

<sup>39</sup> Bei Brustkorbverletzungen und Anenzephalen (schwere angeborene Gehirnfehlbildung) gilt ähnliches (vgl. REHDER 2010, S. 64).



Dazu hält auch die BÄK in ihren Richtlinien zur Feststellung des Hirntodes in ihrer 3. Fortschreibung von 1997 folgendes fest. Der Apnoe-Test solle:

„Wegen der physiologischen Wirkungen der Hyperkapnie<sup>40</sup> [...] erst als letzte klinische Untersuchung des Hirnfunktionsausfalls durchgeführt werden“ (Bundesärztekammer 1997, zit. n. REHDER 2010, S. 66 - 67).

Wenn bei einem gesunden Menschen ein Kohlendioxidwert von 100 mmHG im Blut erst tödlich wirkt, heißt das wiederum nicht, dass eine Kohlendioxidkonzentration, die den Normalwert überschreitet, bei Patienten mit schweren Schädigungen keine verheerenden Wirkungen haben könnten. Aus diesem Grund fordert der Neurologe CICERO GALLI COIMBRA, dass der Apnoe-Test geächtet werden sollte. Er verletze das seit den Anfängen der medizinischen Heilkunst geltende Prinzip, dass dem Patienten kein Schaden<sup>41</sup> zugefügt werden soll (vgl. REHDER 2009, S. 66).

DAVID W. EVANS, Professor am Queens College in England, nahm zum Apnoe-Test während des Kongresses 2005 im Vatikan folgende Stellung ein:

„Aus wissenschaftlicher Sicht ist festzuhalten: [...] Der spezifizierte Apnoe-Test ist nicht umfassend genug, um den Tod des Atemzentrums im Gehirn festzustellen. Man weiß nichts über das Bewusstsein. Es fehlt die Kenntnis von den neuro-anatomischen stofflichen Grundlagen des Bewusstseins. Deshalb gibt es derzeit keine Möglichkeit, noch vorhandenes Leben zu erkennen. Noch weniger kann man Aussagen treffen über eine Erholung oder Regeneration von Gehirnen, die während der Tests trotz aller zur Verfügung stehenden Untersuchungsmethoden nicht reagieren“ (EVANS 2005, S. 4).

Sicher lässt sich weiter darüber streiten, ob durch den Apnoe-Test das irreversible Ausfallen der Atemtätigkeit des Patienten nachgewiesen werden kann oder ob durch dieses Testverfahren eine Gefährdung des Lebens des Patienten herbeigeführt wird.

Doch eines liegt zweifelsfrei fest:

- Wenn der Patient lebt, liegt es nicht in seinem Interesse, ihn einem gefährlichen Apnoe-Test auszusetzen. Der Zweck dieses Testes liegt nur darin, festzustellen, ob der Patient noch lebt.
- Ist der Patient aber tot, hat er keinerlei Interessen mehr (vgl. REHDER 2010, S. 68).

---

<sup>40</sup> „Hyperkapnie ist ein anderes Wort für den erhöhten Partialdruck des Kohlendioxids im arteriellen Blut, die zu Bewusstseinsstörungen und einer Lähmung des Atemantriebs bis zur bereits erwähnten CO<sub>2</sub>-Narkose führen kann“ (REHDER 2010, S. 66).

<sup>41</sup> Die ärztlichen Grundsätze sind vom Weltärztebund im „Genfer Gelöbnis“ festgeschrieben. Darin heißt es: „Die Erhaltung und Wiederherstellung der Gesundheit meines Patienten soll oberstes Gebot meines Handelns sein“ (Genfer Gelöbnis 1948, zit. n. BALKENOHL 2009, S. 49).

In der „Europäischen Berufsordnung“ wird in Punkt 2 für Ärzte vorgeschrieben: „Der Arzt hat bei der Ausübung seines Berufes die Gesundheit des Patienten in den Vordergrund zu stellen. Der Arzt darf seine beruflichen Kenntnisse nur zur Verbesserung oder Erhaltung der Gesundheit der Menschen, die sich ihm anvertrauen, und nur auf deren Ersuchen einsetzen. Er darf in keinem Fall zu ihrem Schaden tätig werden“ (Europäische Berufsordnung o. J., zit. n. REHDER 2010, S. 67).

## 2. 4 Die Organspende - Ablauf einer Organentnahme

Zum Explantationsvorgang sind in der Fachliteratur bisher nur wenige Publikationen zu finden.

ULRIKE BAUREITEL und ANNA BERGMANN haben mit der Veröffentlichung ihres Buches „Herzloser Tod“ den Lesern konkrete Einblicke in Abläufe der Organentnahmevorgänge geben. Damit haben sie ein scheinbares Tabu gebrochen. Sie berichten, dass es der Transplantationsmedizin wichtig ist, dem Vorgang der Entnahme der Organe ein Image zu verleihen, das einer normalen Operation entspricht. Dass es sich hierbei keineswegs um einen normalen Operationsvorgang handelt, wird an folgendem Zitat ersichtlich.

„Der Vergleich mit einer ganz normalen Operation hinkt dennoch aus mehreren Gründen und verhüllt den eigentlichen Charakter der Organentnahme: Das Operationsziel ist nicht an der Heilung des Patienten orientiert. Es verfolgt keinen therapeutischen Nutzen für denjenigen, der unter das Messer gerät. Mit den Worten von Professor Harten ausgedrückt: „Natürlich, der Tote hat nichts mehr davon, daß man ihn operiert.“ Der Patient befindet sich also *per se* in einem verdinglichten Status. Im Falle einer Multiorganentnahme wird er vom Brust- bis zum Schambein aufgeschnitten. Keine Stelle seines Körpers - Kopf, Rumpf, Knochen - muß verschont bleiben. Ob Augäpfel, Luftröhre, Dünndarm, Gehörknöchelchen, Bauchspeicheldrüse, Lungen, Herz, Nieren, Leber, Kniegelenke oder Haut - alles, was verwertbar ist, kann potentiell herausgeschnitten werden. Der soziale und medizinische Umgang mit dem Spender stellt sich als höchst gewalttätig dar, weil der „Tote“ mit diversen Messern, Säge, Hammer und Meißel in seiner Integrität verletzt wird“ (BAUREITHEL, BERGMANN 2001, S. 146).

Während der Vorbereitungszeit zur Organentnahme können Kreislaufprobleme beim Organspender auftreten. Um den Herztod zu vermeiden, werden gegebenenfalls Wiederbelebungsmaßnahmen des Herzens durchgeführt, um die Organe für die Spende zu erhalten.

Damit mögliche Bewegungen des Organspenders den Explantationsvorgang nicht beeinträchtigen, können muskelentspannende Medikamente verabreicht werden. In Deutschland ist bei einer Organentnahme ein Verabreichen von Narkosemitteln<sup>42</sup> für den Organspender nicht vorgeschrieben. Da mit der Hirntodfeststellung auch der Tod des Spenders diagnostiziert wurde, verzichten viele Ärzte darauf. Dennoch ist derzeit nicht zweifelsfrei geklärt, ob der Organspender Schmerzen<sup>43</sup> wahrnehmen kann (vgl. KAO 2013, S. 44).

---

<sup>42</sup> Beispielsweise ist in der Schweiz für die Organentnahme von hirntoten Organspendern eine Vollnarkose vorgeschrieben (vgl. MÜLLER 2011, S. 3).

<sup>43</sup> In einer Erklärung der Bundesärztekammer heißt es: „Nach dem Hirntod gibt es keine Schmerzempfindung mehr. Deshalb sind nach dem Hirntod bei Organentnahme keine Maßnahmen zur Schmerzverhütung (z.B. Narkose) nötig“ (BÄK o. J., zit. n. GOETTLE 2011, S. 4). Bis zum Jahr 2011 war Professor LAUCHERT geschäftsführender Arzt der DSO. Er selbst war als Transplantateur tätig. Zur Schmerzempfindung Hirntoter sagte er folgendes: „Es ist in der Tat nicht zu belegen, dass eine für hirntot erklärte Person tatsächlich über keinerlei Wahrnehmungsvermögen mehr, insbesondere Schmerzempfindlichkeit verfügt“ (LAUCHERT o. J., zit. n. GOETTLE 2011, S. 4). An diesen beiden Zitaten werden die gegensätzlichen Meinungen sichtbar. Hier zeigt sich das Defizit wissenschaftlicher Forschung.

Bei einer Multiorganentnahme wird der Hirntote auf dem Operationstisch angeschnallt und sein Gesicht ist mit einem Tuch abgedeckt. Nachdem der Körper desinfiziert worden ist, wird zuerst die Bauchhöhle vom Brustbein bis zum Schambein eröffnet. Die Bauchdeckenlappen werden fixiert. Mit einer Säge wird das Brustbein der Länge nach durchtrennt. Neben den bereits freigelegten Organen wird jetzt das schlagende Herz des Hirntoten sichtbar. Vor dem Herausschneiden der Organe werden diese mit einer 4°C kalten Perfusionslösung, die sich aus Nährsalzen und Zucker zusammensetzt, durchspült. Während des Eindringens der Lösung in die noch lebenden Organe kommt es vor, dass Herzfrequenz und Blutdruck des Hirntoten ansteigen. Oft antwortet er in dieser Situation mit Zuckungen. Da Verwesungsprozesse in Herz und Lunge zuerst einsetzen, werden diese als erstes herausgeschnitten. Wenn das Herz<sup>44</sup> entfernt ist, werden die anderen Organe nicht mehr durchblutet. Von jetzt an geht ein Rennen gegen die Zeit los, denn die Ischämiezeit<sup>45</sup> für die anderen Organe beginnt. (vgl. BAUREITHEL, BERGMANN 2001, S. 157 - 160).

Eine Multiorganentnahme kann mehrere Stunden andauern, während bis zu 20 Ärzte daran beteiligt sein können. Bis zur Herzentnahme bleiben das Beatmungsgerät und Überwachungsmonitore weiterhin angeschlossen. Beim Aufschneiden des Spenders reagiert dieser oft<sup>46</sup> mit einem Anstieg des Adrenalin-spiegels. Schwitzen, sowie Gesichts- und Hautrötungen können auftreten<sup>47</sup>. Pflegekräfte halten während des Explantationsvorganges die beiden Bauchlappen hoch, damit Eiswasser in den Körper zum Kühlen der Organe geschüttet werden kann. Dieses wird dann mit dem Blut wieder abgesaugt. Nacheinander operieren extra angereiste Ärzteteams die benötigten Organe heraus, prüfen an Präparationstischen deren Qualität und verpacken diese für den Transport in Kühlboxen. Nachdem der Explantationsvorgang beendet ist, werden die entstandenen Hohlräume ausgestopft und die riesigen Wunden der Spender verschlossen. Bei einer Organentnahme ist ein friedliches Sterben im Beisein der Angehörigen nicht möglich (vgl. KAO 2013, S. 44 - 45).

(Siehe dazu Betroffenenberichte im Anhang unter 8.1)

---

<sup>44</sup> Die Zeitspanne von der Entnahme des Herzens bis zum Zeitpunkt, wo es wieder im Empfänger zu schlagen beginnt, sollte möglichst drei Stunden nicht überschreiten. Die Letalität (Sterblichkeitsrate innerhalb eines Jahres) steigt pro Stunde um zehn Prozent. Darum ist bei Herztransplantationen Eile geboten (vgl. BEYERSDORF 2013, S. 40).

Beispielsweise sollte eine zu transplantierende Leber innerhalb von zehn Stunden, eine Lunge innerhalb von zwölf Stunden und eine Niere spätestens nach 50 Stunden implantiert sein (vgl. REHDER 2010, S. 105).

<sup>45</sup> Minderdurchblutung oder vollständiger Durchblutungsausfall von Organen und Geweben (vgl. de.wikipedia.org 2015 e, o. S.)

<sup>46</sup> HANS-JOACHIM GRAMM stellte bei Untersuchungen fest, dass bei zwei von insgesamt 30 hirntoten Organspendern nicht nur ein sprunghafter Anstieg des Adrenalins sondern auch des Noradrenalins und Dopamins, sowie von Herzfrequenz und Blutdruck zu verzeichnen war. Unklar ist, ob dies Reflexe des Rückenmarks sind oder Schmerzreaktionen. Aus diesem Grund wurde im Jahr 2000 für hirnstammtote Organspender gefordert, dass diese bei der Explantation eine Vollnarkose erhalten sollten (vgl. MÜLLER 2011, S. 3).

<sup>47</sup> Diese Zeichen werden neben Blutdruck- und Herzfrequenzanstieg bei normalen Operationen als Reaktionen auf Schmerzen gewertet, aber nicht bei Hirntoten (vgl. KAO 2013, S. 44).

### **3        Hintergründe und Ergebnisse der Tagung an der Päpstlichen Akademie der Wissenschaften im Vatikan im Jahr 2005 zum Thema „Die Zeichen des Todes“**

Papst JOHANNES PAUL II. hielt im Jahr 2000 eine Ansprache zur Hirntod-Thematik. Im Anschluss an seine Rede unterbreiteten namhafte amerikanische Wissenschaftler dem Papst ihre Bedenken. Dies veranlasste ihn, einen internationalen Kongress im Vatikan an der Päpstlichen Akademie der Wissenschaften in Kooperation mit der „Weltorganisation für Familie“ einzuberufen. Dieser fand vom 3. bis 4. Februar 2005 zum Thema „Die Zeichen des Todes“ statt.

Damit führte der Papst erstmals hochrangige Wissenschaftler zusammen, die neueste Forschungsergebnisse zum Hirntod auf einer internationalen Plattform diskutieren und bekannt geben konnten (vgl. WALDSTEIN 2012, S. 21).

Diese internationale Expertenkommission wurde mit dem Ziel einberufen, die geltenden Hirntodkriterien nach heutigen wissenschaftlichen Erkenntnissen auf ihre Richtigkeit zu überprüfen (vgl. BYRNE, COIMBRA, SPAEMANN, WILSON 2005, S. 1 - 2).

Über diese Tagung werde ich im diesem 3. Kapitel berichten. Es stellt die Ergebnisse dieser wichtigen Tagung vor. Dabei geben internationale Wissenschaftler Antworten auf die im Vorwort gestellte erste Frage: **„Ist ein hirntoter Mensch wirklich tot?“**

Damit die wesentlichen Anliegen und Ergebnisse der Tagung in ihrer Klarheit deutlich werden, sind die als Zitate gekennzeichneten Gliederungspunkte dieses Kapitels wörtlich übernommen.

#### **3. 1        „Hintergrund“ (BYRNE, COIMBRA, SPAEMANN, WILSON 2005, S. 1).**

Die Zeitschrift „Neurology“ veröffentlichte im Jahr 2002 weltweite Umfrageergebnisse zur Verwendung des Begriffes „Hirntod“. Es wurde festgestellt, dass der Begriff des „Hirntodes“ weltweite Akzeptanz findet, es aber keine übereinstimmenden einheitlichen Diagnosekriterien gibt. Weiterhin bleiben ungeklärte Fragen offen. Nachweislich wurden in den Jahren 1968 bis 1978 mindestens 30 verschiedene Kriterien des „Hirntodes“ veröffentlicht und seitdem noch weitere. Neue veröffentlichte Kriterien weisen die Tendenz auf, weniger strikt als die früheren zu sein. Alle Kriterien basieren weder auf wissenschaftlichen Methoden von Beobachtungen und Hypothesen, noch wurden diese durch Nachprüfungen bestätigt. Selbst die „Harvard-Kriterien“ von 1968, die in der Zeitschrift der Amerikanischen Ärztevereinigung unter der Überschrift „Eine Definition des Irreversiblen Komas“ erschienen, fundieren nicht

auf der Basis von wissenschaftlicher Forschung. Auch Fallstudien von Patienten wurden dabei nicht zugrunde gelegt. Deshalb war die Mehrheit der Tagungsteilnehmer der Meinung, dass die Harvard-Kriterien wissenschaftlich ungültig seien (vgl. BYRNE, COIMBRA, SPAEMANN, WILSON 2005, S. 1 - 2).

Die geltenden Hirntod-Kriterien wurden während des Kongresses von internationalen Experten diskutiert. Diese Kriterien lassen sich mit den allgemein gültigen Todeskriterien wie Aussetzen der Atmung, des Kreislaufs und der Reflexe nicht vergleichen, da diese anders sind. Viele Ärzte haben den Eindruck, dass das Akzeptieren der Kriterien des Hirntodes ein Verstoß gegen die Regeln des Hippokratischen Eides sei. Das dringende Bedürfnis, offen zu legen, was sich hinter dem Begriff „Hirntod“ verbirgt, wurde aufgenommen. Ebenso wurde die Befürchtung geäußert, dass das Ansehen des gesamten Berufsstandes der Ärzte durch diese Unklarheiten beschädigt würde (vgl. BYRNE, COIMBRA, SPAEMANN, WILSON 2005, S. 1 - 2).

### **3. 2 „Philosophische Betrachtungen“** (BYRNE, COIMBRA, SPAEMANN, WILSON 2005, S. 2).

Der deutsche Philosophieprofessor ROBERT SPAEMANN zitierte in seinen Ausführungen die Papstworte von PIUS XII., der gesagt hatte, dass:

„human life continues when its vital functions manifest themselves, even with the help of artificial processes<sup>48</sup>“ (PIUS XII. o. J., zit. n. SPAEMANN 2005, S. 2).

SPAEMANN führte weiter aus, dass die Harvard-Kriterien eine grundlegende Veränderung der Übereinstimmung von normalen zwischenmenschlichen Wahrnehmungskriterien des Todes und der Medizinwissenschaft herbeigeführt haben. Das Ende von Herzschlag und Atmung, Totenstarre und Augentrübung sind Kriterien, die die Menschheit als Todeszeichen seit ewiger Zeit anerkennt. Beim „Hirntod“ wird durch die Wissenschaft diese Wahrnehmung des Menschen außer Kraft gesetzt. Menschen, deren Tod erklärt wurde, werden als noch lebend wahrgenommen. Die Neudefinition dieses Todes widerspiegeln andere Prioritäten. Im Vordergrund stehen nicht die Bedürfnisse des Sterbenden, nicht vorschnell für tot diagnostiziert zu werden, sondern die Interessen anderer. Er nennt dafür zwei Gründe:

- (1.) die legale Beendigung lebensverlängernder Maßnahmen, die damit die Beendigung der persönlichen Belastung der Angehörigen und die finanzielle Belastung der Gesellschaft bedeutet und
- (2.) die legale Gewinnung von menschlichen Organen mit dem Ziel, durch Transplantationen das Leben anderer Menschen zu retten.

---

<sup>48</sup> deutsch: „das Leben weiter besteht, wenn vitale Funktionen festzustellen sind, auch, wenn sie durch künstliche Mittel unterstützt werden.“

Beide genannten Gründe sind nicht am Patientenwohl ausgerichtet.

Er stellte fest, dass gegen die Begriffsverwendung des „Hirntodes“ als Diagnose des Todes nicht nur Argumente von führenden Juristen und Philosophen, sondern ebenso von Wissenschaftlern der Medizin vorgebracht werden (vgl. SPAEMANN 2005, S. 2).

Weiter sagte er:

„Brain-dead people are not dead, but dying<sup>49</sup>“ (SPAEMANN 2005, S. 2).

### **3. 3 „Medizinische Beweise“ (BYRNE, COIMBRA, SPAEMANN, WILSON 2005, S. 3).**

Der Kinderheilkundler und Neoantologe Professor Dr. PAUL BYRNE aus Toledo (Ohio) gab einige medizinische Einblicke auf der Tagung.

Bis zur Organentnahme sind bei hirntoten Patienten die vitalen Lebenszeichen wie Herzschlag, Blutdruck und normale Körpertemperatur vorhanden. Organe wie Leber und Nieren arbeiten und der Spender atmet mit Hilfe der medizinischen Gerätetechnik. Für Organentnahmen sei dieses Vorgehen nötig, da die Vitalität einiger Organe, vor allem der Leber und des Herzens, nach dem Todeseintritt nicht mehr gewährleistet ist und diese damit für Transplantationen nicht mehr verwendbar wären. Diese Transplantationen unpaariger Organe durchzuführen, ist legal. Dennoch steht die Frage im Raum, ob es die Moral erlaubt, das Leben eines Menschen zu beenden, um ein anderes Menschenleben zu retten. Er zitierte dabei Papst JOHANNES PAUL II., der in seiner Botschaft zum Welttag der Kranken 2003 folgendes sagte (vgl. BYRNE 2005, S. 3):

„It is never licit to kill one human being in order to save another<sup>50</sup>“ (JOHANNES PAUL II. 2003, zit. n. BYRNE 2005, S. 3).

BYRNE führte an, dass der Katechismus der Katholischen Kirche (unter 2296) unmissverständlich folgendes aussagt:

„It is morally inadmissible directly to bring about the disabling mutilation or death of a human being, even in order to delay the death of other persons<sup>51</sup>“ (BYRNE 2005, S. 3).

Weiter führte BYRNE aus, dass die Medizin das Leben schützt und verlängert und darauf abzielt, den Einklang von Seele und Körper zu erhalten. Der Ausfall eines vitalen Organs kann zur Herbeiführung des Todes führen. Doch durch medizinische Intervention gelingt es manchmal, die Funktionsfähigkeit

---

<sup>49</sup> deutsch: „Hirntote Menschen sind nicht tot, sondern Sterbende.“

<sup>50</sup> deutsch: „Es ist niemals erlaubt, einen Menschen zu töten, um einen anderen zu retten.“

<sup>51</sup> deutsch: „Es ist moralisch nicht erlaubt, einen Menschen zu verstümmeln oder zu töten, auch nicht, wenn man dadurch den Tod von anderen Menschen hinausschieben kann.“

eines beschädigten Organs wieder herzustellen<sup>52</sup>. Auch kann das Leben durch medizinische Geräte wie die Herz-Lungenmaschinen oder Herzschrittmacher erhalten werden. Er sagte (vgl. BYRNE 2005, S. 3):

„The observation of a cessation of functioning of the brain or some other organ of the body does not in itself indicate destruction of even that organ, much less death of the person<sup>53</sup>“ (BYRNE 2005, S. 3).

### 3. 4 „Verteidigung der Kriterien“ (BYRNE, COIMBRA, SPAEMANN, WILSON 2005, S. 3).

Einige Teilnehmer der Tagung verteidigten die Hirntod-Kriterien und deren Anwendung.

Professor Dr. STEWART YOUNGNER der an der Case Western University tätig ist, argumentierte, dass hirntote Spender noch leben, aber diese Tatsache sollte kein Hinderungsgrund für eine Organentnahme sein. Er begründete dies damit, dass es vorteilhafter wäre, Organe zur Lebensrettung anderer zu entnehmen, anstatt die schlechte Lebensqualität von „Hirntoten“ zu erhalten (vgl. BYRNE, COIMBRA, SPAEMANN, WILSON 2005, S. 3).

Auch der Neurologe, Dr. CONRADO ESTOL, aus Buenos Aires befürwortete die Organentnahme „Hirntoter“, da dadurch die Lebensverlängerung anderer ermöglicht werden kann. Während der Erklärung der Schritte zur Hirntoddiagnostik präsentierte er ein Video, das einen Patienten nach der Feststellung des „Hirntodes“ zeigte. Dieser Tote versuchte sich hinzusetzen und bewegte seine Arme vor der Brust. Obwohl ESTOL den Anwesenden versicherte, dass dieser Hirntote eine Leiche sei, waren viele Tagungsteilnehmer davon sehr beunruhigt (vgl. BYRNE, COIMBRA, SPAEMANN, WILSON 2005, S. 3).

Widersprüche und Probleme, die durch unterschiedliche Hirntodkriterien entstehen, wurden von einem französischen Transplanteur, Dr. DIDIER HOUSSIN, angesprochen. **Es sei schwer zu verstehen, dass Patienten an einem Ort für tot erklärt werden, während sie an einem anderen Ort der Erde noch zu den Lebenden zählen.**

Er mahnte, dass es für die Gesellschaft wichtig sei, der Ärzteschaft zu vertrauen und sagte, dass (vgl. BYRNE, COIMBRA, SPAEMANN, WILSON 2005, S. 3):

„death is a medical fact, a biological process, and a philosophical question, but it is also a social fact<sup>54</sup>“ (HOUSSIN 2005, zit. n. BYRNE, COIMBRA, SPAEMANN, WILSON 2005, S. 3 - 4).

---

<sup>52</sup> Bereits 1975 erkannte BYRNE die Problematik des Hirntod-Kriteriums durch eigene Erfahrungen. Nachdem ein Kind sechs Wochen lang künstlich beatmet worden war, hätte anhand der aufgezeichneten EEG-Messungen der Hirntod nach den geltenden Kriterien diagnostiziert werden können. Dennoch hat BYRNE keine Organentnahme veranlasst, sondern die Behandlung des Kindes weiter fortgeführt. Das Leben des Kindes konnte damals gerettet werden. (Es konnte wieder voll am Leben teilhaben, wurde im Erwachsenenalter Feuerwehrmann und ist Familienvater von zwei Kindern.) Diese Erfahrung gab BYRNE die Gewissheit, dass ein diagnostizierter Hirntod nicht mit dem Tod des Menschen gleichgesetzt werden kann (vgl. WALDSTEIN 2010, S. 89).

<sup>53</sup> deutsch: „Die Feststellung, dass das Gehirn oder ein anderes Organ die Funktion einstellt, ist an sich kein Zeichen dafür, dass das betreffende Organ zerstört ist und noch viel weniger ein Zeichen für den Tod dieses Menschen.“

Ein weiterer französischer Arzt vom Institut Universitaire und Befürworter von Organtransplantationen, Dr. JEAN-DIDIER VINCENT, erklärte, dass ein „Hirntoter“ eine irreversible und vollständige Zerstörung seines Gehirns erlitten habe. Daraufhin wurde er eingehend zu einem Schwangerschaftsfall einer „Hirntoten“ befragt. Die Fortsetzung ihrer Schwangerschaft erfolge mit Hilfe lebenserhaltender Maßnahmen. Für das noch im Mutterleib befindliche Kind bildete die hirntote Mutter Muttermilch. Diese Milchbildung beurteilte er aber als Unterdrückung eines mechanischen Reflexes und nicht als fortbestehende menschliche Lebenszeichen. Er wurde darauf hingewiesen, dass bei der Bildung von Muttermilch ein Signal vom Vorderlappen der Hypophyse ausgesendet wird, das dann das Entstehen der Muttermilch ermöglicht und das Brustwachstum anregt. Für diesen Vorgang ist ein Funktionieren des Gehirns nötig. Darauf erwiderte VINCENT, dass es möglich sein könnte, dass im Gehirn noch eine minimale Hormonproduktion möglich sei (vgl. BYRNE, COIMBRA, SPAEMANN, WILSON 2005, S. 3 - 4).

### **3. 5 „Der Apnoetest“ (BYRNE, COIMBRA, SPAEMANN, WILSON 2005, S. 4).**

Dr. CICERO GALLI COIMBRA<sup>55</sup>, ein Neurologe aus Sao Paolo, und Dr. YOSHIO WATANABE, ein Kardiologe aus Japan, kritisierten den Apnoetest, der bei der Hirntoddiagnostik angewendet wird (vgl. BYRNE, COIMBRA, SPAEMANN, WILSON 2005, S. 3 - 4).

(Die Tagungsbeiträge der zwei Wissenschaftler zum Apnoe-Test wurden im Abschnitt 2.3.2 vorgestellt.)

### **3. 6 „Die Irreführung“ (BYRNE, COIMBRA, SPAEMANN, WILSON 2005, S. 5).**

Weitere Kritiker kamen auf der Tagung zu Wort.

Ein britischer Dozent und Anästhesist aus Cambridge, Dr. DAVID HILL, der sich mit der Möglichkeit der Genesung eines Patienten mit Hirnverletzungen beschäftigt hatte, fasste die Aussagen der Tagung zusammen, indem er sagte:

„It should be emphasized first that it was widely admitted, that some functions, or at least some activity, in the brain may still persist; and second that the only purpose served by declaring a patient to be dead rather than dying, is to obtain viable organs for transplantation<sup>56</sup>“ (HILL 2005, S. 5).

---

<sup>54</sup> deutsch: „der Tod eine medizinische Tatsache, ein biologischer Prozess und eine philosophische Frage ist, aber auch eine soziale Tatsache.“

<sup>55</sup> COIMBRA konnte nachweisen, dass bestimmte Behandlungsmethoden bei Jugendlichen und Kindern, die ein Schädel-Hirn-Trauma erlitten haben, lebensrettend sein können. Da aber gerade bei diesen Patienten das Interesse überwiegt, diese wertvollen Organe zu gewinnen, würde die Rettung erst gar nicht versucht werden (vgl. WALDSTEIN 2010, S. 89).

<sup>56</sup> deutsch: „Es sollte erstens hervorgehoben werden, dass umfassend zugestanden wurde, dass einige Funktionen oder zumindest einige Aktivitäten im Gehirn weiterbestehen können; zweitens ist der einzige Grund, warum ein Patient eher für tot als für sterbend gehalten wird, der, dass man lebensfähige Organe für Transplantationen erhalten will.“



Er zog folgende Schlussfolgerung: Die Anwendung der Hirntod-Kriterien dienen nicht dem Wohl des Patienten, sondern ausschließlich dem Wohl des Organempfängers. Dies würde im Widerspruch zum Hippokratischen Eid stehen.

Weiter erinnerte er daran, dass erste Transplantationsversuche mit Organen toter Spender gescheitert waren, weil die Ischämiezeit der Spenderorgane überschritten wurde. Durch die Annahme der Hirntod-Kriterien wurde dieses Problem ohne gesetzliche Einschränkungen gelöst. Vitale Organe können seitdem vor dem Abschalten der Maßnahmen zur Lebenserhaltung explantiert werden. In seinen weiteren Ausführungen wies er darauf hin, dass ein großes Defizit der Aufklärung zur Thematik der Organspende in der Gesellschaft bestehe (vgl. HILL 2005, S. 5).

Der Bischof aus Lincoln, FABIAN BUSKEWITZ, sprach die Zustimmungsbereitschaft des Organspenders an und sagte dazu:

„no respectable, learned and accepted moral Catholic theologian has said that the words of Jesus regarding laying down one's life for one's friends (John 15:13) is a command or even a license for suicidal consent for the benefit of another's continuation of earthly life<sup>57</sup>“ (BUSKEWITZ 2005, S. 6).

Da die medizinische Gerätetechnik den Ärzten derzeit die Messung der Gehirnaktivität nur an den Außenbezirken von ein bis zwei Zentimetern ermöglicht, stellte BUSKEWITZ folgende Frage, die derzeit nicht beantwortet werden kann:

„Do we have then, moral certitude in any way that can be called apodictic regarding even the existence, much less the cessation of brain activity<sup>58</sup>?“ (BUSKEWITZ 2005, S. 6)

Zu aufgeworfenen Fragen der geltenden Hirntod-Kriterien sagte der Liechtensteiner Professor JOSEF SEIFERT, dass:

„even if a small reasonable doubt exists that our acts kill a living human persons, we must abstain from them<sup>59</sup>“ (SEIFERT 2005, S. 6).

---

<sup>57</sup> deutsch: „kein geachteter, gebildeter und angesehener katholischer Moraltheologe behauptet, dass die Worte von Jesus, man solle sein Leben für seine Freunde geben (Joh 15, 13) eine Aufforderung oder sogar eine Erlaubnis zur Einwilligung in die Selbsttötung darstellten, damit andere weiterleben können.“

<sup>58</sup> deutsch: „Haben wir unter diesen Umständen überhaupt die unwiderlegbare moralische Gewissheit, etwas über die Existenz der Hirnaktivität, geschweige denn über das Ende der Hirnaktivität auszusagen?“

<sup>59</sup> deutsch: „wenn auch nur ein kleiner begründeter Zweifel besteht, dass unsere Handlungen einen Menschen töten, müssen wir davon Abstand nehmen.“

### **3. 7            Ergebnisse der Tagung**

Am Ende der Tagung zu den „Zeichen des Todes“ wurde eine Erklärung abgegeben, die von 15 teilnehmenden internationalen Wissenschaftlern unterzeichnet worden ist. In den ausformulierten Schlussfolgerungen, die in 13 Abschnitten zusammengefasst wurden, ist die geltende Hirntoddefinition, die den „Hirntod“ mit dem Tod des Menschen gleichsetzt, widerlegt worden (vgl. WALDSTEIN 2012 b, S. 21).

**Das wichtigste Tagungsergebnis wird im 10. Abschnitt des Schlussdokumentes „Conclusions reached after examination of Brain-Related Criteria for death, at the Pontifical Academy of Sciences meeting<sup>60</sup>“ wie folgt bekannt gegeben:**

**„Es gibt einen überwältigenden medizinischen und wissenschaftlichen Befund, daß das vollständige und unwiderrufliche Ende der Gehirntätigkeit (im Großhirn, Kleinhirn und Hirnstamm) kein Beweis für den Tod ist. Der vollkommene Stillstand von Gehirnaktivität kann nicht hinreichend festgestellt werden. Irreversibilität ist eine Prognose und nicht eine medizinisch feststellbare Tatsache. Wir behandeln heute viele Patienten mit Erfolg, die in der jüngsten Vergangenheit als hoffnungslose Fälle betrachtet worden waren“ (WALDSTEIN 2012 b, S. 21).**

Mit diesem Schlussdokument geben internationale Wissenschaftler die Antwort auf die im Vorwort gestellte erste Frage: **„Ist ein hirntoter Mensch wirklich tot?“**

---

<sup>60</sup> deutsch: „Schlussfolgerungen der Tagung der Päpstlichen Akademie der Wissenschaften nach Überprüfung der Hirntod-Kriterien“

## **4 Regelungen, Erkenntnisse, Statistiken, Interpretationen, Stellungnahmen und Kontroversen**

In diesem Kapitel werden verschiedene Themen der Organspende zur Sprache gebracht, die wichtig für eine persönliche Entscheidungsfindung sind.

### **4.1 Die Organspender**

Bei der sogenannten postmortalen Organspende werden dem Spender lebensnotwendige Organe entnommen. In Deutschland dürfen diese nur von hirntoten Menschen entnommen werden. Eine Gewebespende ist ebenso möglich. Anders als bei Organentnahmen ist es bei der Entnahme von Gewebe möglich, dass diese noch bis zu 72 Stunden nach einem Herz-Kreislaufstillstand erfolgen können. (Das bedeutet, dass für diese Art der Spende fast alle Verstorbenen infrage kommen können.) Voraussetzung hierfür ist, dass zu Lebzeiten eine Einwilligung dazu erteilt und schriftlich dokumentiert worden ist oder wenn die Einwilligung der Angehörigen zur Entnahme vorliegt (vgl. BZgA 2014 a, S. 21, 23). (Siehe dazu auch Abschnitt 4.2.1.)

(Kopiervorlagen verschiedener Organ- und Gewebespedeausweise befinden sich im Anhang unter 8.3.)

(International gibt es unterschiedliche Zustimmungsregelungen zur Organspende. Eine Übersicht der verschiedenen Regelungen befindet sich im Anhang unter 8.5.)

Da die Nachfrage nach Spenderorganen das Angebot weit übersteigt, werden derzeit in Deutschland nicht nur Organe von über Sechzigjährigen, sondern zunehmend auch Organe von krebskranken Spendern transplantiert. Damit Patienten, die auf der Liste der Organempfänger stehen, während der Wartezeit nicht versterben, wurden die Spenderkriterien erweitert<sup>61</sup> (vgl. DSO 2012 b, S. 49).

Nicht selten wachsen und metastasieren Tumore, die bei der Transplantation noch nicht sichtbar waren, wegen der verabreichten Immunsuppression<sup>62</sup>.

---

<sup>61</sup> Von 7483 Spendern hat die DSO die Daten der Jahre 2006 bis 2011 mittlerweile ausgewertet. Malignome hatten 3,31 Prozent dieser Spender. (Insgesamt waren das 248 an Tumoren erkrankte Spender. Dabei wurden 702 Organe dieser Patienten in 648 Organempfänger transplantiert.) Bei 8,7 Prozent der transplantierten Organe wurde erst danach erkannt, dass eine maligne Tumorerkrankung der Spender vorlag. Allerdings wurden Malignome der Spender beim überwiegenden Teil diagnostiziert, bevor die Spenderorgane transplantiert wurden. Die meisten Transplanteure akzeptierten diese Organe mit diesem Wissen. Hier ist eine sorgfältige Nachsorge wichtig und die Meldung an Eurotransplant und die DSO, um weitere Empfänger des selben Organspenders zu erreichen (vgl. NÖSSLER 2013, S. 2).

<sup>62</sup> Als Immunsuppression wird der Vorgang bezeichnet, der die körpereigene Abwehr unterdrückt, um die Abstoßung des implantierten Organs zu verhindern. Entsprechende Medikamente müssen täglich von den Organempfängern eingenommen werden (vgl. de.wikipedia.org 2015 g, o. S.).

Die DSO-Koordinatorin Kerstin Mönch sagte dazu, dass es früher undenkbar gewesen wäre, Organe zu transplantieren, deren Spender an einem Malignom<sup>63</sup> erkrankt waren. Das ist heute anders, da es bei der Organauswahl keinen großen Spielraum mehr gibt, denn täglich sterben in Deutschland drei Menschen, die auf der Warteliste für ein Spenderorgan stehen.

Bisher gibt es kaum Erfahrungen und valide Daten, auf die behandelnde Ärzte zurückgreifen können (vgl. NÖSSLER 2013, S. 1 - 2).

Auch hier wird das große Forschungsdefizit erkennbar.

Um den Datenschutz und die Anonymität des Organspenders zu gewährleisten, erfahren in Deutschland bei einer postmortalen Organspende die Organempfänger nicht, wer der Spender war (DSO 2005, S. 12). Der Spender selbst kann zu Lebzeiten im Vorfeld nicht verfügen, an wen die gespendeten Organe verteilt werden sollen. Auch die Angehörigen haben kein Mitspracherecht. Sie erfahren nicht, wer die Organempfänger sind.

#### **4.1.1 Die neuen Organspender - „Non-heartbeating-Donors“<sup>64</sup>**

Um den Mangel an Spenderorganen zu beheben, wurde eine weitere Möglichkeit der Organspende geschaffen. Menschen, die einen Herzstillstand erlitten, und sich als Organspender zur Verfügung gestellt haben, werden als „Non-heartbeating-Donors“ (NHBD) bezeichnet. In vielen Staaten ist es erlaubt, ihre Organe zu Transplantationszwecken zu entnehmen (vgl. REHDER 2010, S. 106).

Als NHBD-Organspender kämen Menschen nach einem Herzinfarkt oder Schlaganfall, Patienten im Koma, Unfallopfer oder Querschnittsgelähmte infrage. Schwerkranke, die mit ihrer eingeschränkten Lebensqualität nicht mehr weiterleben wollen, könnten als NHBD ihre Organe spenden<sup>65</sup>. Wenn Angehörige oder der Betroffene selbst auf lebenserhaltende Maßnahmen ausdrücklich verzichten wollen, dann kann die Organspende auch geplant und der Stillstand des Herzens provoziert werden<sup>66</sup>(vgl. SIEGMUND-SCHULZE, ZYKLA-MENHORN 2008, S. A-832, A-833).

---

<sup>63</sup>Ein Malignom ist ein bösartiger Tumor (vgl. de.wikipedia.org 2015 f, o. S.).

<sup>64</sup> deutsch: „Organspender ohne schlagende Herzen“

<sup>65</sup> In Belgien wird die Organentnahme nach Euthanasie schon praktiziert. In den Jahren 2005 bis 2007 wurden bereits vier Patienten, die an Multipler Sklerose und neurologischen Krankheiten litten, die Organe entnommen. Das Alter dieser Spender betrug 43 bis 50 Jahre. Diese Explantationen wurden erlaubt, vom Ethikkomitee überwacht und zur gewünschten Zeit durchgeführt. Dabei hat Eurotransplant die Vermittlung und Verteilung der Organe übernommen (vgl. FEYERABEND 2010, o. S.).

<sup>66</sup> Acht Prozent aller postmortalen Organspenden stammen in den USA von NHBD. Elf Prozent der postmortalen Organspenden stammen beispielsweise in der Schweiz von NHBD. Zwar nehmen transplantierte Organe von NHBDs oft ihre Funktion verzögert auf, doch zeigte sich, dass sie im Langzeitverlauf ähnlich gut funktionieren wie Spenderorgane von

Bei diesen Organspendern wird auf die Feststellung des Hirntodes verzichtet. Es wird davon ausgegangen, dass nach einem Herzstillstand von zehn Minuten der Hirntod bereits eingetreten ist<sup>67</sup> (vgl. REHDER 2010, S. 110).

Die „Deutsche Transplantationsgesellschaft“, die Fachgesellschaften für „Kardiologie - Herz- und Kreislaufforschung“ als auch die Bundesärztekammer lehnen die These vom Hirntod-Äquivalent<sup>68</sup>, die Eurotransplant vertritt, ab<sup>69</sup> (vgl. REHDER 2010, S. 111).

Das Bundesministerium für Gesundheit rät dazu, vom Hirntodkonzept in Deutschland nicht abzuweichen (vgl. DEUTSCHER BUNDESTAG 2009, S. 4).

In Deutschland dürfen Organe zu Transplantationszwecken nach dem Transplantationsgesetz nur hirntoten Spendern entnommen werden oder wenn seit dem Herzstillstand mindestens drei Stunden vergangen sind<sup>70</sup>. In den Niederlanden, Österreich und Belgien werden Spenderorgane von NHBD nach bereits zehn Minuten Herzstillstand entnommen und über Eurotransplant<sup>71</sup> verteilt (vgl. SIEGMUND-SCHULZE, ZYKLA-MENHORN 2008, S. A-832).

Explantationen von NHBDs sind neben den oben genannten Eurotransplant-Ländern beispielsweise auch in den USA, Australien und Kanada erlaubt, ebenso in Großbritannien, Spanien, der Schweiz, der Türkei und Norwegen (vgl. REHDER 2010, S. 110).

---

Hirntoten. Die Anzahl der Transplantationen ließe sich durch den Einsatz von NHBDs schätzungsweise bis auf 42 Prozent erhöhen (vgl. SIEGMUND-SCHULZE, ZYKLA-MENHORN 2008, S. A-833).

In einer zusammenfassenden Auswertung des Bundesministeriums für Gesundheit wird berichtet: „Transplantationsergebnisse mit Organen von herztoten Spendern seien wegen schlechter Qualität mangels ausreichender Versorgung denen von Spendern nach Hirntod generell unterlegen“ (DEUTSCHER BUNDESTAG 2009, S. 4).

Diese beiden gegenteiligen Aussagen zur Qualität der Spenderorgane von Hirntoten und NHBDs zeigen das Defizit von differenzierten wissenschaftlichen Forschungsergebnissen in der Transplantationsmedizin deutlich.

<sup>67</sup> Die Stiftung Eurotransplant, die für die Koordination der Verteilung der Spenderorgane zuständig ist, schrieb in ihrem Newsletter 148 9/1998, dass ein Stillstand des Herzens von zehn Minuten bei einer normalen Körpertemperatur als ein „Äquivalent zum Hirntod“ gesehen werden kann (vgl. REHDER 2010, S. 110).

<sup>68</sup> Dieses „Äquivalent zum Hirntod“ wird in Deutschland von der Bundesärztekammer aber abgelehnt und anders gesehen. In einem Beschluss des 110. Deutschen Ärztetages von 2007 heißt es, dass ein Stillstand des Herzens als sicheres Todeszeichen nicht angesehen werden könne. Jede erfolgreiche Reanimation, auch, wenn diese nur vorübergehend sei, belege das (vgl. SIEGMUND-SCHULZE, ZYKLA-MENHORN 2008, S. A-833).

<sup>69</sup> Dass diese Ablehnung des Hirntod-Äquivalent in Deutschland zurecht besteht, beweist eine neue Studie. Der Notfallmediziner und weltweit bekannte Sterbeforscher aus New York, SAM PARNIA, veröffentlichte im Oktober 2014 erste Ergebnisse der „AWARE-Studie“ („AWAreness during REsuscitation-Study“) [Anm. d. Verf.: zu deutsch: Bewusstsein während der Reanimation]. Diese Studie liefert erstmals den wissenschaftlichen Beweis, dass nach mehrminütigem Stillstand des menschlichen Herzens noch Aktivitäten des Bewusstseins und der Wahrnehmungen vorhanden sein können (vgl. DUROLDT, KNAUPE, WELLMANN 2015, S. 46, 49).

PARNIA sagt zu den medizinischen Reanimationsfortschritten:

„Heute können wir Menschen aus den Klauen des Todes befreien, deren Herz vor ein, zwei oder manchmal noch mehr Stunden stehen geblieben ist. Wir verschieben die Grenzen zwischen Leben und Tod immer weiter in den Bereich, der früher für das Jenseits gehalten wurde“ (PARNIA 2014, zit. n. DUROLDT, KNAUPE, WELLMANN 2015, S. 46).

<sup>70</sup> Diese Regelung ist für eine Entnahme von transplantierbaren Organen bedeutungslos, da nach drei Stunden Wartezeit nach einem Herzstillstand Organe nicht mehr funktionstüchtig sind (vgl. DEUTSCHER BUNDESTAG 2009, S. 128).

<sup>71</sup> Eurotransplant ist eine Organisation, die für die Zuteilung der Spenderorgane verantwortlich ist. Die Verteilungsregeln sind streng festgelegt (vgl. EUROTRANSPLANT 2014, o. S.). (Siehe dazu Abschnitt 4.3.)

Da in Belgien bereits Organe legal von Menschen nach geplanter Euthanasie entnommen worden sind, unterbreiteten JULIAN SAVULESCU, ein britischer Bioethiker und Professor der Oxford University und DOMINIC WILKINSON, sein Mitarbeiter, den Vorschlag, auch Organe von Wachkomapatienten, Terminalpatienten, die auf Intensivstationen liegen und irreversiblen Bewusstlosen Organe zu entnehmen. Die Euthanasie dieser erkrankten Menschen solle ihrer Meinung nach möglich werden, um die Zahl der Spenderorgane zu maximieren. Auf diese Weise, so schätzen sie ein, könnten pro Jahr 2.200 Spenderorgane gewonnen werden, die ansonsten „vergeudet“ würden. Da Intensivmedizin teuer ist, so ihr Argument, würden diese Organe durch das Einstellen lebenserhaltender Maßnahmen zur Verfügung stehen und andere Leben retten (vgl. Katholisches.info 2010, o. S.).

**Es gibt für die Europäische Union und für die Länder, die zu den Ländern des Eurotransplant-bereiches zählen, keine einheitlichen Transplantationsgesetze.** Seit Dezember 1997 gilt in Deutschland das deutsche Transplantationsgesetz. Deshalb ist es in Deutschland verboten, ein Organ zu transplantieren, das nicht diesen Gesetzesregelungen entspricht. Spenderorgane von NHBDs dürfen in Deutschland nicht transplantiert werden, obwohl Eurotransplant diese Organe verteilt (vgl. BUNDESÄRZTEKAMMER 1998, S. A-3235).

#### **4. 1. 2      Lebendspende**

Auch zu Lebzeiten können bestimmte Organe oder Teile von Organen gespendet werden. Der gesetzliche Rahmen stellt sicher, dass Lebendspenden nur erlaubt sind, wenn diese freiwillig und nach vorheriger Aufklärung erfolgen dürfen. Dieser Schritt sollte sorgfältig bedacht werden. Dabei handelt es sich um einen chirurgischen Eingriff in einen gesunden Körper zum Nutzen eines anderen, der auch Risiken in sich birgt. Menschen mit gesunder Nierenfunktion können eine Niere spenden. Aber auch ein Teil der Leber darf gespendet werden.

Lebendspenden sind nur zulässig, wenn sich Spender und Empfänger sehr nahe stehen oder miteinander verwandt sind. Der Spender muss das 18. Lebensjahr vollendet haben und sich einer sogenannten „Lebendspendekommission“ vorstellen, die prüft, ob die Spende freiwillig und frei von Zwängen und Abhängigkeiten erfolgt. Der Mangel an Spenderorganen hat die Zahl der Lebendspenden in den vergangenen Jahren weiter ansteigen lassen (vgl. 2015 a, o. S.).

Die Kosten der Lebendspende werden von der Krankenkasse des Organempfängers getragen. Das betrifft die Voruntersuchungen, den stationären Aufenthalt, den medizinischen Eingriff und die Nachsorgeuntersuchungen (vgl. BZgA 2015, o. S.).

### **4. 1. 3      Sonderformen der Lebendspende**

Wenn ein Patient ein Spenderorgan erhält, kann es durchaus der Fall sein, dass Teile des entnommenen Organs (Leberteile oder Herzklappen) einem anderen Patienten transplantiert werden können. Diese Lebendspende wird Dominotransplantation<sup>72</sup> genannt und stellt eine Sonderform der Organspende dar (vgl. DSO 2014 a, S. 64).

Bei Patienten mit einer Amyloidose werden durch eine Stoffwechseldysfunktion der Leber innere Organe geschädigt. Ohne eine Lebertransplantation führt diese zum Tod. Dennoch kann der betroffene Patient seine eigene Leber spenden, da diese trotz Enzymdefekt für Patienten auf der Warteliste, die vom Tod bedroht sind, eine Chance darstellt. Erst nach etwa 20 bis 30 Jahren würde sich die Dysfunktion der Leber auf die anderen Organe auswirken (vgl. DSO 2012 c, S. 26).

Wegen operationstechnischer Gründe kann es bei Transplantationen der Lunge manchmal nötig sein, die Transplantation von Lunge und Herz gemeinsam durchzuführen. So kann das gesunde Herz dieses Patienten auch einem anderen Patienten gespendet werden (vgl. DSO 2014 a, S. 64).

## **4. 2            Organe und Gewebe, die gespendet werden können**

Im Transplantationsgesetz sind die Begriffsbestimmungen für Organe (§1a Nr.1 TPG<sup>73</sup>) und für Gewebe (§1a Nr. 4 TPG<sup>74</sup>) geregelt (vgl. BZgA 2014 a, S. 20).

Um Organe wie Herz, Lunge, Nieren, Bauchspeicheldrüse, Leber, Dünndarm und Magen zu transplantieren, müssen diese Organe bis zur Entnahme durchblutet werden. Diese werden in Deutschland nur von hirntoten Menschen entnommen. Für die Spende von Gewebe kommen alle anderen verstorbenen Menschen in Betracht, die sichere Zeichen des Todes aufweisen.

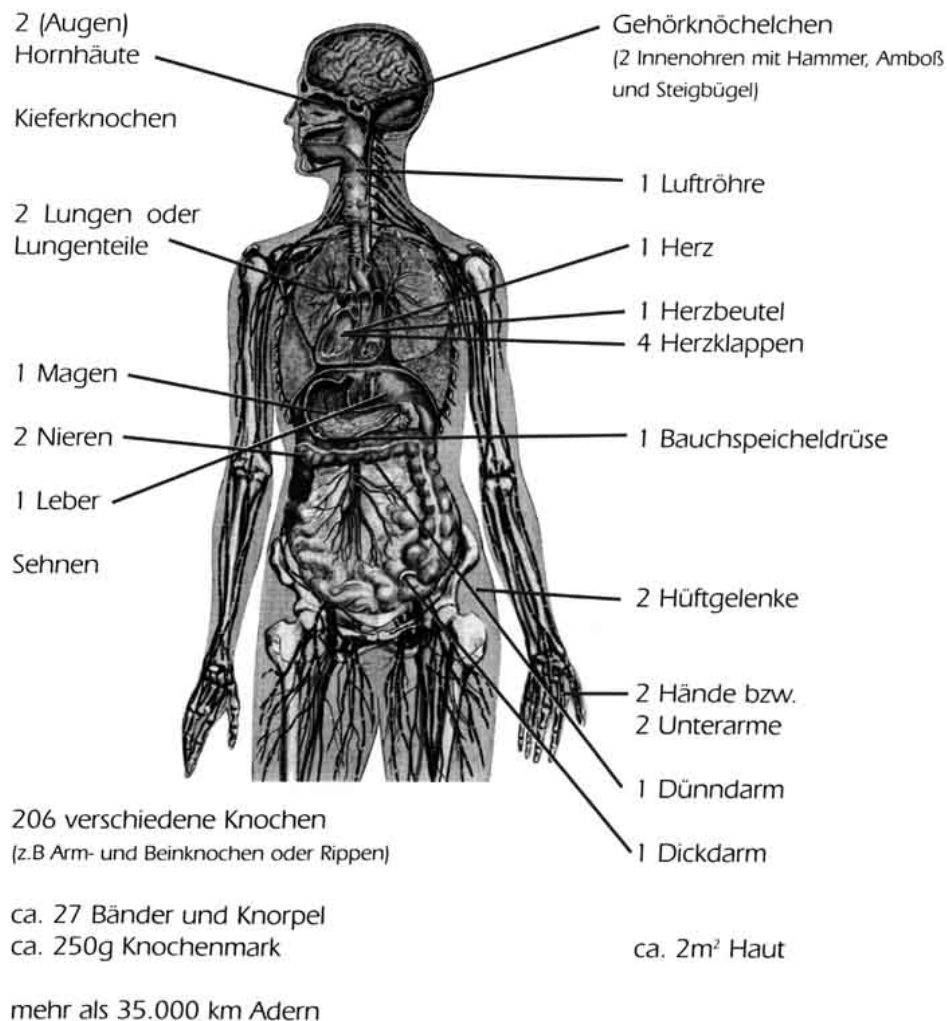
---

<sup>72</sup> Im Jahr 2013 gab es in Deutschland drei Dominotransplantationen. Das entspricht einem Anteil von 0,3% der 4.059 durchgeführten Organtransplantationen in Deutschland (vgl. DSO 2014, S. 64).

<sup>73</sup> „[...] Organe [sind], mit Ausnahme der Haut, alle aus verschiedenen Geweben bestehenden differenzierten Teile des menschlichen Körpers, die in Bezug auf Struktur, Blutgefäßversorgung und Fähigkeit zum Vollzug physiologischer Funktionen eine funktionale Einheit bilden, einschließlich der Organteile und einzelnen Gewebe eines Organs, die unter Aufrechterhaltung an Struktur und Blutgefäßversorgung zum gleichen Zweck wie das ganze Organ im menschlichen Körper verwendet werden können, mit Ausnahme solcher Gewebe, die zur Herstellung von Arzneimitteln für neuartige Therapien im Sinne des § 4 Absatz 9 des Arzneimittelgesetzes bestimmt sind;“ (BZgA 2014 a, S. 20).

<sup>74</sup> „[...]Gewebe [sind] alle aus Zellen bestehenden Bestandteile des menschlichen Körpers, die keine Organe nach Nummer 1 sind, einschließlich einzelner menschlicher Zellen;“ (BZgA 2014 a, S. 20) (Siehe auch 4.2.1.)

Organe und Gewebe gespendet werden können:



Quelle der Abbildung: (Focke 2014 a, S. 6)

#### 4. 2. 1 Gewebespende – ein Tabuthema

Wer eine uneingeschränkte Zustimmung zur Organspende erteilt, willigt gleichzeitig auch in eine Gewebespende ein. Damit kann jeder Verstorbene, der einen Organspendeausweis ohne Einschränkungen ausgefüllt hat, zum Spender von Sehnen, Haut und Knochenmehl werden. Es ist kaum bekannt, dass das gespendete Gewebe dann weiter aufbereitet und verarbeitet wird. Beispielsweise werden Knochen zu Knochenmehl vermahlen oder gebrauchsfertig zerstückelt und zu hochwertigen Knochenchips verarbeitet, die dann als Arzneimittel auf dem Markt vertrieben werden. Im aktuellen Katalog der DIZG (Deutsches Institut für Zell- und Gewebeersatz) sind Sehnen mit Knochenansätzen, Schienbeine in



Keil- und Spanform, gefriergetrocknete menschliche Haut, Oberschenkelknochenköpfe ohne Knorpel oder Weichteilgewebe zu finden.

In den Informationsbroschüren der BZgA und der DSO sind die notwendigen Differenzierungen von Organ- und Gewebespende kaum erkennbar. Das Thema der Organspende nimmt breiten Raum ein und überlagert die Thematik der Gewebespende. Auf den von der DSO und der BZgA gefertigten Organspendeausweisen ist die Gewebespende mit eingeschlossen. (Siehe Anhang 8.3.3.)

Es besteht kein Zweifel, dass es sich dabei um nutzbringende medizinische Mittel handelt, die Leiden kranker Menschen mildern können. Doch drängt sich hier der Verdacht auf, dass die Gewebespenden bei der Einwilligung nicht wussten, in welche Verfahren und Praktiken sie ihre Zustimmung gegeben haben. Durch eine Gewebespende kann vielen kranken Menschen geholfen werden. Wenn aber die Bereitschaft zur Gewebespende verschleiert durch eine Zustimmung zur Organspende mit erteilt wird, ist das nicht erstrebenswert. Eine umfassende Aufklärung ist auch hier dringend nötig (vgl. HIMPSL, SCHMIDT-PETRI 2012, o. S.).

#### **4. 3            Verteilung der Spenderorgane**

Die Transplantationsmedizin wurde durch das Transplantationsgesetz 1997 in drei unabhängige Bereiche aufgeteilt. Der Zuständigkeitsbereich der Organisation der Organspende wurde an die DSO übertragen. Die Transplantationen der Organe werden in den circa 50 Transplantationszentren in Deutschland durchgeführt (vgl. SPIEGEL ONLINE 2013, o. S.).

Für den Vermittlungsprozess der Spenderorgane ist eine gemeinnützige Stiftung, *Eurotransplant*, zuständig. Zu den Eurotransplant-Ländern zählen: Luxemburg, Kroatien, Slowenien, Belgien, Ungarn, Deutschland, Österreich und die Niederlande. Alle Patienten dieser Mitgliedsländer, die auf ein Spenderorgan warten, sind bei Eurotransplant registriert. Die Patienten, die auf ein Spenderorgan warten, haben durch diesen Länderzusammenschluss eine größere Chance, ein für sie passendes Organ zu bekommen. An die auf den Wartelisten stehenden Patienten werden Spenderorgane nach festgelegten Kriterien vergeben. Dringlichkeit und Erfolgsaussicht stehen dabei im Vordergrund. Die Bundesärztekammer hat nach dem Transplantationsgesetz die geltenden Richtlinien für die Vermittlung der Organe in Deutschland erlassen (vgl. DSO 2012 c, S. 27).

Für die Vermittlung der jeweils passenden Organe sind Kriterien wie Blutgruppe, Gewicht und Größe des Spenders von Bedeutung. Wer am dringlichsten ein Spenderorgan braucht, steht auf der Warteliste weit vorn. Patienten mit seltenen Blutgruppen und besonders Kinder profitieren von der Zusammenarbeit der Eurotransplant-Länder, da es für sie sehr schwierig sein kann, ein passendes Spenderorgan

zu finden. Außerdem bietet der Zusammenschluss die Chance, dass möglichst auch kein Spenderorgan verloren geht, wenn es schwer werden sollte, einen geeigneten Empfänger zu finden.

Im Eurotransplant-Verbund ist Deutschland das größte Mitglied. Von den 16.000 Patienten, die auf der Warteliste stehen, leben etwa 70 Prozent in Deutschland. Da in Deutschland die Bereitschaft, Organe zu spenden, geringer ist als in den anderen Mitgliedsländern, erhält Deutschland mehr Organe von Eurotransplant, als es abgibt (vgl. TKK 2012, S. 1 - 2).

An folgender Abbildung wird die Austauschbilanz der Spenderorgane deutlich ersichtlich:

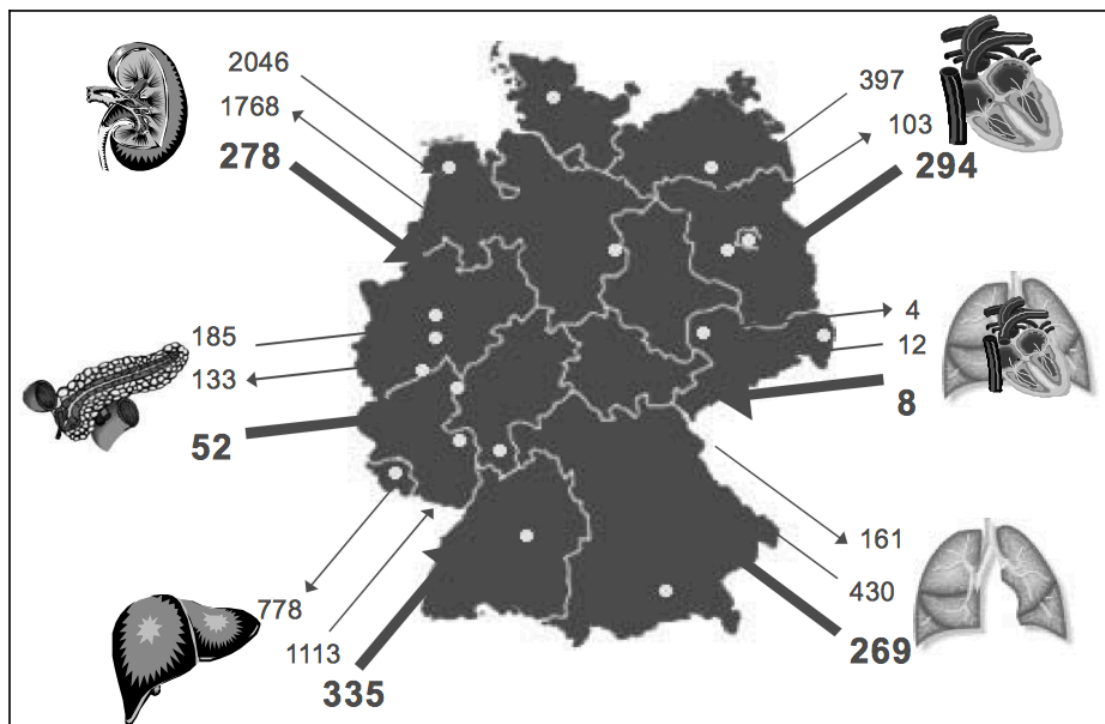


Abbildung: Austausch der Spenderorgane zwischen Eurotransplant-Ländern und Deutschland in den Jahren 2000 bis 2007 (Eurotransplant, o. J., zit. n. DEUTSCHER BUNDESTAG 2009, S. 69).

Fett gedruckte Zahlen mit dazugehörigen Pfeilen zur Mitte zeigend, entsprechen der Anzahl der Spenderorgane, die Deutschland an Eurotransplant vermittelt. Die Anzahl der Organe, die Deutschland von Eurotransplant in der Austauschbilanz erhält, sind an den dünn dargestellten Pfeilspitzen erkennbar.

Pro Jahr werden bei Eurotransplant etwa 2.000 Organspender neu gemeldet und etwa 7.000 Transplantationen können vermittelt werden. Hier wird die Diskrepanz von realisierten Transplantationen und der Zahl der Patienten auf der Warteliste deutlich (vgl. TKK 2012, S. 3).

Europäische Länder, die nicht mit Eurotransplant zusammenarbeiten, haben andere gewachsene Strukturen und eigene Organisationen, die die Ablaufprozesse der Organtransplantationen steuern und regeln. Dennoch haben gerade die neuen osteuropäischen EU-Länder großes Interesse an der Zusammenarbeit mit Eurotransplant (vgl. TKK 2012, S. 2).

Dass die Strukturen der Transplantationsmedizin für Außenstehende schwer nachvollziehbar sind und erhebliche Mängel aufweisen, wird an nachfolgend genannten Manipulationsmöglichkeiten ersichtlich. Eurotransplant wählt die geeigneten Empfänger nach der Dringlichkeit und den Erfolgsaussichten der Transplantation aus. Bei der Vergabe der Organe wurde mehrfach manipuliert<sup>75</sup>. Eurotransplant gibt durch den Präsidenten, BRUNO MEISER, zur Nachvollziehbarkeit der Verteilung der Spenderorgane folgendes bekannt (vgl. SPIEGEL ONLINE 2013, o. S.):

„Werden die Daten aber gefälscht übermittelt, ist auch Eurotransplant hilflos. [...] Irgendeinem Kollegen muss zumindest aufgefallen sein, dass Laborwerte unrealistische Schwankungen aufwiesen oder nicht zueinanderpassten“ (MEISER 2013, zit. n. SPIEGEL ONLINE 2013, o. S.).

Dass aus solchen Vorfällen Konsequenzen gezogen werden müssen, folgerte FRANK-WALTER STEINMEIER schon 2012 während des 8. Jahreskongresses der DSO in Berlin. Er forderte die Einführung des „6-Augen Prinzips“, um Manipulationen der Transplantationszentren nicht mehr zu ermöglichen. Weiter sagte er, dass es dringend erforderlich sei, die Kontrolldichte zu erhöhen und unangekündigte Stichprobenkontrollen einzuführen. Außerdem forderte er, dass die dafür Verantwortlichen mit der Härte des Straf- und Berufsrechts bestraft werden müssen (vgl. STEINMEIER 2012, S. 27).

Der Pressesprecher und Vorstandsmitglied des GKV (Gesetzliche Krankenversicherung) - Spitzenverbandes, JOHANN-MAGNUS VON STACKELBERG, forderte ein besseres Qualitätsmanagement und zur Prävention strengere Strafandrohungen bei Manipulationen. Außerdem hinterfragte er in Deutschland die Größe der Anzahl von 47 Transplantationszentren, bei einer Anzahl von 140 Transplantationsprogrammen, bei nur circa 4.000 Organtransplantationen pro Jahr. Allein schon wegen ökonomischer Gründe würde sich eine Konzentration auf weniger Zentren anbieten, aber auch hinsichtlich der Qualität. Bei jedem siebenten Programm war die Anzahl der Organtransplantationen geringer als fünf pro Jahr. Im Durchschnitt betrage die Anzahl der Transplantationen etwa 29 je Transplantationsprogramm im Jahr. Er hinterfragte, ob diese Fakten in Zukunft tragfähig genug seien, um die gesetzten Ziele, die mit dem neuen Transplantationsgesetz erreicht werden sollen, zu erfüllen (vgl. VON STACKELBERG 2012, S. 25).

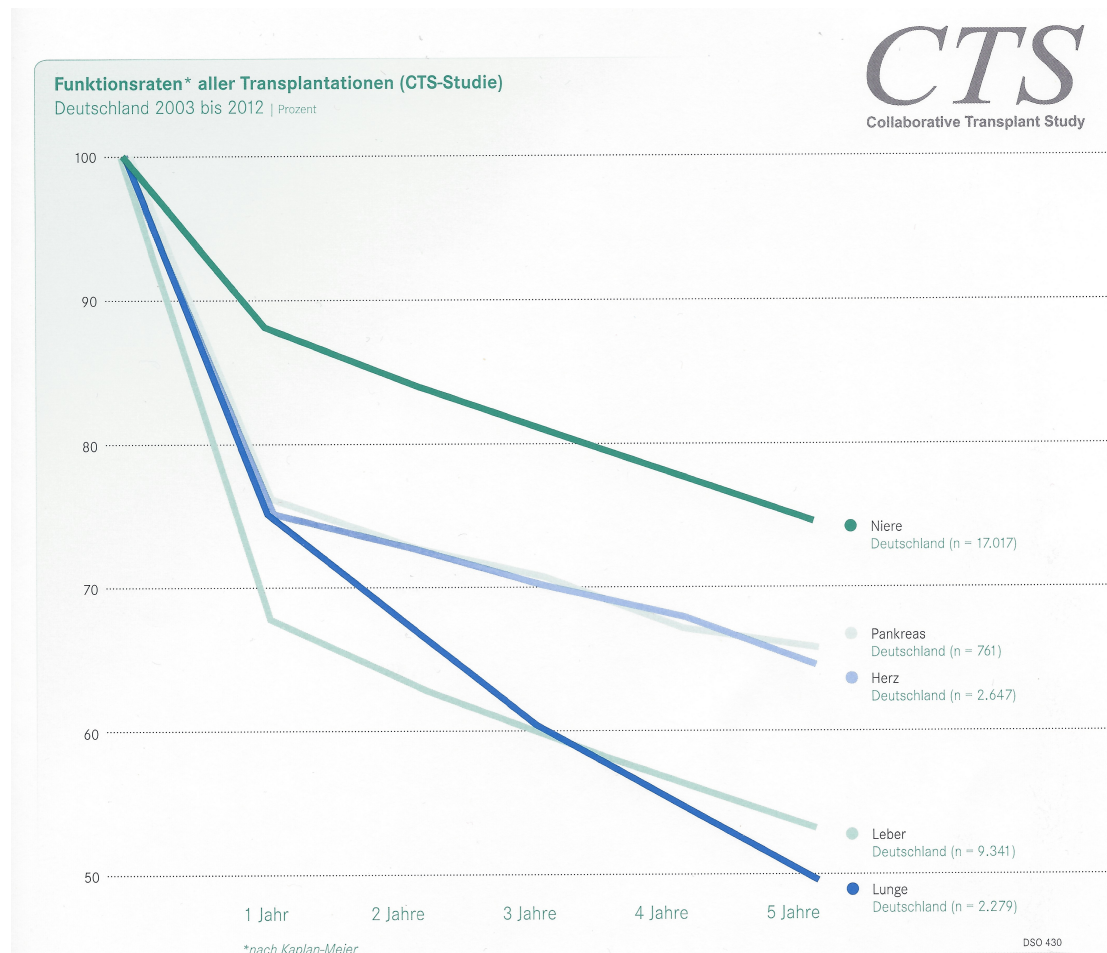
An diesen Feststellungen wird deutlich erkennbar, dass mangelnde Strukturen der Transplantationsmedizin erkannt wurden. Diese zu verändern und zu verbessern, sind dringend anstehende und notwendige Aufgaben.

---

<sup>75</sup> Gutachter stellten fest, dass der ehemalige Leiter des Transplantationszentrums Göttingen die Blutwerte jedes vierten Patienten manipuliert hatte. Sieben Transplantationen seien medizinisch nicht notwendig und „in keiner Weise nachvollziehbar“ gewesen. Verstöße der Organvergaberegeln sind etwa bei der Hälfte seiner Patientenakten festgestellt worden. Durch „falsche Anreize“ und Bonuszahlungen für durchgeführte Transplantationen kam es zu diesen Manipulationen (vgl. NDR 1 Niedersachsen 2014, o. S.).

#### 4. 4 Dauer der Funktionsraten der transplantierten Organe

An nachfolgendem Diagramm ist die durchschnittliche Dauer der Funktionsrate aller Transplantationen von 2003 bis 2012 in Deutschland ersichtlich:



Quelle: (DSO 2014 a, S. 85).

Wie an diesem Diagramm erkennbar, ist die Lebensdauer der Spenderorgane begrenzt. Wenn das Leben des Organempfängers durch das Nachlassen der Funktion des gespendeten Organs gefährdet ist, kommt dieser erneut auf die Warteliste für ein Spenderorgan. Aus diesem Grund besteht die Wahrscheinlichkeit, dass ein Organempfänger in seinem Leben mehrmals Spenderorgane erhält, um weiterleben zu können.

Zur Überlebensrate Herztransplantierten wurden unter der Leitung von Professor MARIO DENG an der Universität Münster die Daten von allen 889 Patienten ausgewertet, die im Jahr 1997 in Deutschland

auf der Warteliste standen. Bei dieser Studie<sup>76</sup> teilte er die Patienten nach Dringlichkeit in drei verschiedene Kategorien ein, um das „Sterberisiko“ während des Wartens auf ein Spenderherz auszudrücken. In die Hochrisikogruppe wurden 107 Patienten eingeteilt, in die mittlere Risikogruppe 360 Patienten und in die mit niedrigem Risiko 422 Patienten.

Beim Auswerten der Daten wurden die „Überlebensraten“ ermittelt und anschließend verglichen:

- Aus der Hochrisikogruppe erhielten 48 Prozent ein Spenderherz. 36 Prozent dieser Transplantierten verstarben innerhalb eines Jahres. Im selben Zeitraum verstarben von den Patienten, die in der gleichen Risikogruppe eingestuft waren und kein Spenderherz erhalten hatten, 32 Prozent.
- Von den Patienten aus der mittleren Risikogruppe erhielten 44 Prozent ein Spenderherz. Davon verstarben 24 Prozent innerhalb eines Jahres. Die Überlebensrate der Patienten dieser Risikogruppe, die kein Spenderorgan erhalten hatten, war hier 4 Prozent höher.
- In der dritten Gruppe mit niedrigem Sterberisiko wurden 41 Prozent der Patienten ein Herz transplantiert. Dabei verstarben 25 Prozent innerhalb des ersten Jahres nach der Transplantation. Von denen, die weiter auf der Warteliste standen, weil sie kein Spenderorgan erhalten hatten, verstarben 18 Prozent (vgl. ROTONDO 2001, S. 3).

ROBERTO ROTONDO, der in der Zeitschrift „BIOSKOP“ einen Artikel veröffentlicht hat, schreibt dazu, dass eine Transplantation des Herzens das „Sterberisiko“ offenbar nicht mindert. Die Forscher folgerten aus der Studie, dass Spenderherzen künftig ausschließlich nur noch auf Hochrisikopatienten übertragen werden sollten. Unsicher ist aber trotzdem nach der Auswertung der erhobenen Daten, ob die Umsetzung einer solchen Empfehlung den Organempfängern ein längeres Leben ermöglicht. Eines ist aber offensichtlich, dass die Warteliste der Patienten der „Hochrisikogruppe“ sich verkürzen würde. Dadurch würden für Herztransplantationen mehr Organe verfügbar sein, als nachgefragt werden. Das hätte aber zur Folge, dass weniger Transplantationen in den Zentren durchgeführt werden könnten. Mangels Bedarf müssten dann einige Transplantationszentren schließen, weil die geforderte Anzahl der Transplantationen nicht erfolgen könnte. An der Universitätsklinik Tübingen wurden die Transplantationen von Herzen im Jahr 1999 bereits eingestellt, weil die geforderte Anzahl von 20 Herztransplantationen pro Jahr nicht erfolgt war<sup>77</sup> (vgl. ROTONDO 2001, S. 3).

Hier ist das hohe Forschungsdefizit erkennbar.

---

<sup>76</sup> Diese Studie wurde im September 2000 von DENG und seinen Kollegen im „British Medical Journal“ (BMJ 2000; 321:540-5) veröffentlicht (vgl. ROTONDO 2001, S. 3).

<sup>77</sup> Um solche Schließungen zu verhindern, wurden offenbar Manipulationen der Patientendaten durchgeführt, die in den letzten beiden Jahren in Deutschland öffentlich wurden.

## 4. 5 Kritik am Hirntodkonzept

Gründe, die sich nicht nur an der Wirklichkeit orientieren, sollten kritisch betrachtet werden. Hier besteht die Gefahr, Bedürfnisse in den Vordergrund zu stellen, in diesem Fall die Beschaffung von transplantationsfähigen menschlichen Organen, die in der Praxis existieren. Mit der Gleichsetzung des „Hirntodes“ mit dem Tod des Menschen wurde es juristisch möglich, an menschliche Organe zu Transplantationszwecken zu gelangen, ohne Menschen nach den bis dahin geltenden Vorstellungen und gesetzlichen Regelungen zu töten (vgl. BEXTEN 2009, S. 12).

Bereits einen Monat nach Bekanntwerden der neuen Hirntoddefinition nutzte der Philosoph HANS JONAS die Möglichkeit, im Rahmen einer Konferenz in Boston über „Ethische Aspekte von Humanversuchen“ seine Kritik öffentlich bekannt zu geben. Weitere Kritiken folgten. Er berief sich dabei auch auf Aussagen von Papst PIUS XII. und sagte, dass er in der Definition des Hirntodes nichts Ominöses sehe, wenn es darum gehe, den für „hirntot“ erklärten Patienten seinen Tod sterben zu lassen, indem man die künstliche Verlängerung der Lebenszeichen einstellt (vgl. REHDER 2010, S. 26).

Der Patient kann dann selbst:

„das Spektrum aller nur möglichen Definitionen“ (JONAS 1968, zit. n. REHDER 2010, S. 26) des Todes durchlaufen. Weiter führte er aus, dass:

„ein beunruhigend entgegengesetzter Zweck“ (JONAS 1968, zit. n. REHDER 2010, S. 26 - 27) erkennbar wird, um für die Beendigung der Therapie den legitimen Zeitpunkt zu definieren. Und:

„[...] in der Suche nach einer neuen Definition des Todes - d.h. in dem Ziel, den Zeitpunkt der Toterklärung vorzuverlegen: die Erlaubnis nicht nur die Lungenmaschine abzustellen, sondern nach Wahl auch umgekehrt sie (und andere ‚Lebenshilfen‘) weiter anzuwenden und so den Körper in einem Zustand zu erhalten, der nach älterer Definition Leben gewesen wäre (nach der neueren aber nur dessen Vortäuschung ist) - damit man an seine Organe und Gewebe unter den Idealbedingungen herankann, die früher den Tatbestand der Vivisektion<sup>78</sup> gebildet hätten“ (JONAS 1968, zit. n. REHDER 2010, S. 27).

An diesen Zitaten wird ersichtlich, dass JONAS der Harvard Kommission vorgeworfen hat, dass sie mit der neuen Hirntoddefinition die Legitimation geschaffen hatten, Menschen bei lebendigem Leib zerschneiden zu können. Nichts anderes hat er hier mit „Vivisektion“ gemeint.

Dieser Vorwurf der Tötung wird gegenwärtig immer noch erhoben, auch wenn er unschärfer ausformuliert wird. Beispielsweise behauptet WOLFGANG WALDSTEIN, Mitglied Päpstlichen Akademie für das

---

<sup>78</sup> Bezeichnung eines operativen Eingriffs bei einem Tier zum Zweck wissenschaftlicher Versuche (vgl. Duden 1996, S. 807).

Leben, Naturrechtsexperte und Jurist, dass aus dem Gutachten des Harvard Reportes klar hervorgehe, dass die Kommission (vgl. REHDER 2010, S. 27):

„[...] in keiner Weise daran interessiert war, die Wahrheit über den Zeitpunkt des Todes des Menschen festzustellen“, sondern daran, „nach rein utilitaristischen<sup>79</sup> Gesichtspunkten eine Definition zu schaffen, die es erlaubt, menschliches Leben nach bestimmten Kriterien als nicht mehr bestehend oder nicht mehr schützenswert anzusehen“ (WALDSTEIN 2007, zit. n. REHDER 2010, S. 27).

WOLFGANG WALDSTEIN berichtete in der Wochenzeitung „Die Tagespost“ in einem Artikel, dass bereits 1997 ROBERT TROUG von der Harvard University es gewagt hatte in einem Artikel „Is It Time To Abandon Brain Death<sup>80</sup>“ die Wahrheit auszusprechen und im Hastings Center Report 1995 dazu schrieb:

„The most difficult challenge for this proposal would be to gain acceptance of the view that killing may sometimes be a justifiable necessity for procuring transplantable organs<sup>81</sup>“ (TROUG 1997, zit. n. WALDSTEIN 2012 c, S. 14).

Gemeinsam mit Professor FRANKLIN MILLER vom National Institute of Health veröffentlichte TROUG im Hastings Center Report 2008<sup>82</sup> einen Artikel unter der Überschrift „Rethinking the Ethics of Vital Organ Donation<sup>83</sup>“. In diesem Artikel geben sie zu, dass:

„the practice of brain death in fact involves killing the donor<sup>84</sup>“ (MILLER, TROUG 2008, zit. n. WALDSTEIN 2012 c, S. 14).

Die „Dead donor rule<sup>85</sup>“-Regel müsse aufgegeben werden, schreiben sie. Um Organe zu Transplantationszwecken weiterhin zu bekommen, sollte eine Explantation als „justified killing<sup>86</sup>“ angesehen werden (vgl. WALDSTEIN 2012 c, S. 14).

Auch der Freiburger Theologieprofessor JOSEPH SCHUMACHER gibt in einem Interview zu bedenken, dass der Mensch mehr ist als das Gehirn. Der Mensch besteht aus Geistseele und dem Leib. Weiter sagt er (vgl. SCHUMACHER 2012, S. 2):

„Die Geistseele äußert sich im Gehirn, aber nicht nur in ihm, sie manifestiert sich in der ganzen Leiblichkeit des Menschen. Wird hier nicht der Geist des Menschen zu einer Funktion des Gehirns gemacht oder gar mit ihm identifiziert? [...] Nüchtern betrachtet sind Hirntote Sterbende, nicht Gestorbene. Sie befinden sich im Prozess des Sterbens, in den man [...] nicht aktiv eingreifen darf, den

---

<sup>79</sup> Nur auf die Nutzbarkeit bedacht sein (vgl. Duden 1996, S. 785).

<sup>80</sup> deutsch: „Ist es an der Zeit, das Kriterium des Hirntods aufzugeben?“

<sup>81</sup> deutsch: „Die schwierigste Herausforderung besteht darin, ein Einverständnis darüber zu erzielen, dass die Tötung manchmal als notwendig gerechtfertigt werden müsse, um Organe für die Transplantation entnehmen zu können.“

<sup>82</sup> Diese Ausführungen stehen im Report 38, Nummer 6/2008 (vgl. WALDSTEIN 2012 c, S. 14).

<sup>83</sup> deutsch: „Neues Nachdenken über die Ethik der Lebendorganspende“

<sup>84</sup> deutsch: „die Praxis des Hirntod-Kriteriums tatsächlich die Tötung des Spenders zur Folge hat“

<sup>85</sup> deutsch: Die „Tote-Spender-Regel“ (Das heißt, dass der Spender bei der Organentnahme tot sein muss.)

<sup>86</sup> deutsch: „gerechtfertigte Tötung“

man nicht definitiv zu Ende führen darf. Hirntote deren Vitalfunktionen künstlich aufrecht erhalten werden, kann man nicht als tot ansehen“ (SCHUMACHER 2012, S. 2 - 3).

Zur Organspende Hirntoter gibt es folgendes zu bedenken:

„In ethischer Perspektive kann man eine Explantation von lebenswichtigen Organen aus einem lebendigen Menschen auch dann nicht rechtfertigen, wenn er selber oder die Angehörigen ihre Zustimmung dazu gegeben haben, denn aktive Euthanasie ist niemals moralisch zu rechtfertigen, wenn er selber oder die Angehörigen ihre Zustimmung dazu gegeben haben, denn aktive Euthanasie ist niemals moralisch zu rechtfertigen, niemand kann zu keiner Zeit über den Abschluss seines Lebens verfügen“ (SCHUMACHER 2012, S. 3).

SCHUMACHER verweist auf den Philosophen ERNST JONAS, der die Erfolge des Hirntodkriteriums auf „die Einschläferung der Gewissen“ und „die Lähmung selbstkritischen Denkens“ zurückführt. Weiter stellt er fest, dass die Meinungen, wie der Hirntod diagnostiziert werden kann, auseinander gehen und es bis heute weltweit keinen einheitlichen Konsens zur Feststellung des Hirntodes gebe (vgl. SCHUMACHER 2012, S. 3). (Siehe dazu Abschnitt 2.2.)

Die aktuelle Debatte, in der das Hirntodkonzept in Frage gestellt wird, ist inzwischen auch in Deutschland angekommen. Neue Studien zeigen, dass der zeitliche und kausale Zusammenhang vom Sterben des Gesamtorganismus und dem Tod des Gehirns nicht bestätigt werden kann. Da neue apparative Diagnostikverfahren, wie die funktionale Magnetresonanztomografie und die Positronen-Emissions-Tomografie heute zur Verfügung stehen, lassen sich oftmals bei Patienten, auf die die derzeit gültigen Hirntodkriterien zutreffen, noch Gehirnaktivitäten nachweisen.

Obwohl das Hirntodkonzept von Beginn an bereits umstritten war, hat DANIEL ALAN SHEWMON, ein amerikanischer Kinderarzt und Neurologe, mit seinen Studien nun bewiesen, dass der Organismus des Menschen mit dem Absterben des Gehirns nicht zeitgleich zerfällt. Die Annahme, dass das Gehirn für die Steuerung der Integration des gesamten Organismus zuständig ist, wurde widerlegt. (Es wird dabei auch vom sogenannten „biologischen Integrationsargument“ gesprochen.) SHEWMON hat bewiesen, dass es keinen kausalen und zeitlichen Zusammenhang von Hirntod und dem Tod des Gesamtorganismus gibt<sup>87</sup>. Inzwischen gibt es zahlreiche Fälle, bei denen gesunde Kinder von hirntoten Müttern entbunden wurden<sup>88</sup>. Diese Tatsachen unterstützen zusätzlich die Kritik am gültigen Hirntodkonzept (vgl. MANZEI 2012, S. 160 - 161).

---

<sup>87</sup> Bei seiner Studie untersuchte SHEWMON im Jahr 1998 über 12.000 dokumentierte medizinische Quellen. Er suchte die Fälle heraus, bei denen die Patienten nach einer korrekt durchgeführten Hirntoddiagnose die Abschaltung der künstlichen Beatmung länger als sieben Tage überlebten. Dabei fand er insgesamt 175 dokumentierte Fälle, die aussagten, dass nach diagnostiziertem Hirntod und dem Ausschalten der Beatmungsgeräte eine Zeitspanne von einer Woche bis zu vierzehn Jahren lag (vgl. MANZEI 2012, S. 160).

<sup>88</sup> Bis zum Jahr 2003 gibt es weltweit insgesamt zehn dokumentierte Fälle (vgl. MANZEI 2012, S. 161).



ALEXANDRA MANZEI schreibt dazu, dass möglicherweise die Zahl der für hirntot Erklärten, die aber noch lebten, viel höher sei. Denn es können nur die Fälle erforscht werden, bei denen nach der Hirntodfeststellung keine Explantation stattfindet. In allen anderen Fällen, bei denen die Organentnahme stattfindet, ist die Falsifizierbarkeit des Hirntodkonzeptes nicht möglich. Auch das US-amerikanische „President’s Council on Bioethics<sup>89</sup>“ konstatiert im Jahr 2008, dass sich rückwirkend nicht überprüfen lasse, ob zum Zeitpunkt der Explantation Spender tot oder lebendig gewesen seien (vgl. MANZEI 2012, S. 161).

Die Stellungnahmen des „President’s Council on Bioethics“ werden im nächsten Kapitel vorgestellt.

#### **4. 5. 1      Stellungnahmen des US-amerikanischen “President’s Council on Bioethics”**

Das „President’s Council on Bioethics“ veröffentlichte im Dezember 2008 ein sogenanntes „White Paper“ mit dem Titel „Controversies in the Determination of Death<sup>90</sup>“. Aufgrund der veröffentlichten Daten von DANIEL ALAN SHWEMON könne nicht mehr gesagt werden, dass mit dem diagnostizierten Hirntod der Zerfall des Organismus einsetze. Das Council sagt dazu (vgl. REHDER 2010, S. 140):

„In solchen Fällen wird eine allgemein koordinierte Tätigkeit des Körpers von mehreren Systemen aufrechterhalten, die alle auf das fortbestehende Funktionieren des Körpers als Ganzem gerichtet sind. Wenn das Lebendig-Sein als biologischer Organismus ein Ganzes zu sein erfordert, ist damit mehr gemeint als die bloße Summe seiner Teile. Wer hiervon ausgeht, dem würde es schwierig werden zu leugnen, dass der Körper eines Patienten mit dem totalen Verlust der Hirnfunktion immer noch am Leben ist - zumindest in bestimmten Fällen“ („PRESIDENT’S COUNCIL ON BIOETHICS“ 2008, zit. n. REHDER 2010, S. 141).

An einer anderen Stelle des „White Paper“ heißt es:

„So gibt es einen gewissen Grad an somatisch integrierter Aktivität, die in den Körpern der Patienten erhalten bleibt, die entsprechend den neurologischen Standards für tot erklärt wurden. Die Körper dieser Patienten fallen nicht umgehend auseinander, nachdem sie dem totalen Verlust der Hirnfunktion erlegen sind“ („PRESIDENT’S COUNCIL ON BIOETHICS“ 2008, zit. n. REHDER 2010, S. 141).

---

<sup>89</sup> Das „President’s Council on Bioethics“ berät den Präsidenten der USA in Fragen der Bioethik (vgl. REHDER 2010, S. 140).

<sup>90</sup> deutsch: „Kontroversen bei der Bestimmung des Todes“

Wenn also auch nur ein einziger Fall der hirntot Diagnostizierten noch als lebend betrachtet werden müsste, schlussfolgert STEFAN REHDER in seinem Buch „Grauzone Hirntod“, dann ist die Hirntoddefinition entweder falsch oder die diagnostischen Abläufe sind unzureichend, da sich die Theorie praktisch nicht verifizieren lässt. Er schlussfolgert, dass deshalb die Gleichung: „Hirntod = Tod des Menschen“ unbrauchbar sei (vgl. REHDER 2010, S. 141).

Trotz der oben genannten Äußerungen hält das „President's Council on Bioethics“ weiterhin daran fest, dass der Hirntod der Tod des Menschen sei. REHDER sagt dazu:

„Um dies tun zu können, führt es im Grunde eine neue Definition von menschlichem Leben ein“ (REHDER 2010, S. 142).

Dazu sagt das „President's Council on Bioethics“:

„Der entscheidende Faktor, der einem Restorganismus von einem ganzen, lebenden Organismus unterscheidet, ist die Arbeit der Selbsterhaltung, durch die der Organismus den notwendigen Austausch mit der ihn umgebenden Welt erzielt. Wenn es gute Gründe gibt zu glauben, dass eine Schädigung die Fähigkeit des Organismus den notwendigen Austausch mit der ihn umgebenden Welt erzielt. Wenn es gute Gründe gibt zu glauben, dass eine Schädigung die Fähigkeit des Organismus unwiderruflich zerstört hat, diese grundlegende lebenswichtige Arbeit zu verrichten, dann ist die Schlussfolgerung gerechtfertigt, dass der Organismus als ganzes gestorben ist“ („PRESIDENT'S COUNCIL ON BIOETHICS“ 2008, zit. n. REHDER 2010, S. 142 - 143).

Obwohl das Hirntodkonzept mit seiner biologischen Begründung vom „President's Council on Bioethics“ deutlich kritisiert wurde, hält es weiterhin an der Beibehaltung des Hirntodkriteriums fest, da dieses als Entnahmekriterium für transplantierbare Organe gilt. Mit den Erforderlichkeiten der Transplantationsmedizin wird die Beibehaltung ausdrücklich gerechtfertigt. Die Argumentation des „President's Council on Bioethics“ fasst SABINE MÜLLER wie folgt zusammen (vgl. MANZEI 2012, S. 161):

„Würde man das Hirntodkriterium aufgeben, dürfte man entweder keine Organe aus künstlich beatmeten Patienten, deren Herz noch schlägt, entnehmen - was einen massiven Rückgang qualitativ hochwertiger Organe zur Folge hätte -, oder man müsste die *dead donor rule* aufgeben, und beide Optionen seien nicht vertretbar“ (MÜLLER 2010, zit. n. MANZEI 2012, S. 161).

ALEXANDRA MANZEI schreibt dazu, dass das „President's Council on Bioethics“ die Gleichsetzung von Hirntod und Tod durch diese neue Legitimation der naturphilosophischen Begründung vornimmt. Es plädiert dafür, die Atmung und die Fähigkeit der Interaktion mit der Umwelt als biologisches Kriterium des Lebens der Organismen (und damit des Menschen) anzusehen. Diese seien akzeptierte Kriterien des Lebens im Abendland und der jüdischen und christlichen Tradition (vgl. MANZEI 2012, S. 161).

Mit dieser neuen naturphilosophischen Begründung verbinden sich aber auch Probleme, wie sie bereits für das Bewusstseinsargument oder für die anthropologische Begründung galten. Denn diese naturphilosophische Begründung ist schon deshalb problematisch, weil diese kulturell nicht auf alle Gesellschaften transportiert werden kann, in denen Transplantationen durchgeführt werden. Außerdem würde diese Begründung Menschen ausschließen, denen wir Schutz und Menschenwürde zuerkennen, wie *Locked-in-Syndrom*<sup>91</sup>-Patienten oder Embryonen. Ebenso gibt es viele Erkrankungen bei denen die Interaktionsfähigkeit und die Atmung nur mit Hilfe apparativer Technik erhalten werden. Diese betroffenen Patienten werden deshalb nicht als tot betrachtet. Das gleiche gilt auch für reanimierte und beatmete Patienten, extreme Frühgeburten, Dialysepatienten oder Menschen mit Herzschrittmachern. Bei all diesen Erkrankungen eröffnet die Medizintechnik neue Perspektiven, um das Leben zu ermöglichen und zu erweitern und sie ist gerade deshalb kein Argument des Todes (vgl. MANZEI 2012, S. 161).

#### **4. 5. 2 Weitere Stellungnahmen**

Dagegen verteidigt EBERHARD SCHOCKENHOFF, der Professor für Moralthologie in Freiburg im Breisgau ist und seit 2001 Mitglied des Deutschen Ethikrates, das geltende Hirntodkriterium. Er nimmt wie folgt dazu Stellung:

„Der irreversible Ausfall des Gehirns kann das System als Ganzes, als Einheit nicht mehr aufrechterhalten. Die maschinelle Beatmung sichert vorübergehend die Funktion des Systems, aber das ist kein ausreichendes Indiz für ein selbsterhaltendes „lebendig sein“ des Menschen. Daher ist das Hirntod-Kriterium ein anthropologisch wohlbegründetes und auch medizinisch valides Kriterium“ (SCHOCKENHOFF 2012, S. 50).

Als ethisch durchaus vertretbar sieht dagegen der Bioethiker und deutsche Philosoph, DIETER BIRNBACHER, das Aufgeben der „*dead donor rule*“-Regelung an. Als Mitglied der BÄK und der Ethikkommission hatte er vor der Transplantationsgesetzgebung im Jahr 1997 die Gleichsetzung des Hirntodes mit dem Tod offensiv verteidigt. Die neuen Forschungsergebnisse zum Hirntod sieht er heute als Grund an, das Hirntodkonzept neu zu überdenken. Er konstatiert, dass das Hirntodkriterium kein Kriterium für den Tod sei und fordert das Aufgeben der „*dead donor rule*“, statt Hirntote weiterhin für Tote zu erklären. Er schlägt die Beibehaltung des Hirntodkonzeptes als Kriterium zum Entnehmen von Organen vor, da seiner Meinung nach aus ethischer Sicht bewusstes Leben höher bewertet und

---

<sup>91</sup> Als Locked-in-Syndrom wird der Zustand bezeichnet, in dem der Körper des Patienten fast komplett gelähmt ist. In diesem Zustand ist er unfähig, sich durch Bewegungen oder durch Sprechen zu verständigen. Das Gehör ist dabei völlig intakt (vgl. de.wikipedia.org 2014 b, o. S.).

schutzwürdiger sei als unbewusstes Leben. So seien Hirntote dann unheilbar Kranke und Sterbende, deren Organe man entnehmen dürfe, sofern sie dazu zu Lebzeiten ihre Zustimmung erteilt hätten (vgl. MANZEI 2012, S. 162).

In zweierlei Hinsicht wäre so eine Regelung problematisch, schreibt ALEXANDRA MANZEI. Erstens würde sie der aktiven Sterbehilfe, die in Deutschland verboten ist, entgegenstehen. Denn lebendige und frische Organe, die für Transplantationen nötig sind, würden dann durch den herbeigeführten „kontrollierten Tod“ im Operationsaal aus dem Spender entnommen werden. Dieser wird in einigen Ländern Europas und den USA bereits praktiziert. Ein weiteres ethisches Problem tut sich mit dem Vorschlag BIRNBACHERS auf, da er eine Abstufung nach Eigenschaften und der Würdigkeit des Schutzes menschlichen Lebens vornimmt. Das Zuschreiben von Eigenschaften der Kognition, Kommunikations- und Handlungsfähigkeit oder des Bewusstseins birgt Gefahren in sich, jenen die Würde des Menschen abzusprechen, die diese Eigenschaften nicht mehr besitzen. Denn auch hier gilt das Prinzip der Würde des Menschen unabhängig von der Hautfarbe, der Herkunft, der Kompetenzen und der Eigenschaften für alle (vgl. MANZEI 2012, S. 163).

Dass der Vorschlag BIRNBACHERS den „medizinisch assistierten Suizid“ zum Zwecke der Organspende in die aktuelle Debatte des Hirntodes und der Hirntodkonzeption eingebracht wird, erachtet MANZEI als symptomatisch. Sein Vorschlag findet Gehör und scheint eine denkbare Alternative zu sein. Den Grund für diese gesellschaftspolitische Öffnung sieht MANZEI in der wachsenden Bedeutung des Patientenrechtes auf Selbstbestimmung. Assistierter Suizid und aktive Sterbehilfe werden in einigen europäischen Nachbarländern bereits praktiziert und sind dort gesetzlich geregelt. Zwar wurde im Mai 2011 zur Hauptversammlung der BÄK aktive Sterbehilfe in jeglicher Form abgelehnt, dennoch hält MANZEI es für wahrscheinlich, dass Diskussionen zum assistierten Suizid zum Zweck der Organgewinnung für Transplantationen auch in Deutschland in Zukunft geführt werden können (vgl. MANZEI 2012, S. 163).

LINUS S. GEISLER, ein deutscher Internist, stellt wie ALAN SHEWMON auch die Grundannahmen des „Hirntod-Konzeptes“ infrage, die besagen, dass das Gehirn des Menschen das Organ sei, das die „Integration“ des Organismus konstituiert. Dazu sagt er (vgl. GEISLER 2008, S. 2):

„Eine Vielzahl biologischer Phänomene, die an Hirntoten zu beobachten sind, gibt es nur bei *Lebenden*, und *keines* davon ist bei Toten feststellbar. Es ist offensichtlich, dass beim hirntoten Menschen von einem „Ende als Organismus in seiner funktionellen Einheit“ (Bundesärztekammer) im Hinblick auf die Vielzahl erhaltener, zum Teil integrativer Funktionen seines Körpers (Kreislauf, Immunsystem, hormonelle Leistungen) nicht die Rede sein kann. Das Kennzeichen des Todes, der irreversible Ausfall der von einem Organismus als Ganzem erbrachten Integrationsleistung, liegt offensichtlich nicht vor“ (GEISLER 2008, S. 2).

Weiter weist GEISLER darauf hin, dass hirntote schwangere Frauen gesunden Kindern das Leben schenken können (vgl. GEISLER 2008, S. 2) und sagt, dass der Wissenschaftliche Beirat der Bundesärztekammer dazu wie folgt feststellt:

„Das Fortbestehen einer Schwangerschaft widerspricht nicht dem eingetretenen Hirntod der Mutter. Eine Schwangerschaft wird endokrinologisch von der Plazenta und nicht vom Gehirn der Mutter aufrechterhalten“ (Wissenschaftlicher Beirat der Bundesärztekammer 1997, S. A-1864).

Dazu konstatiert GEISLER:

„Nur die entscheidende Tatsache bleibt unausgesprochen: Die Plazenta befindet sich nicht in einem Vakuum oder einem künstlichen Uterus, sondern in einer lebenden Frau und nur deshalb funktioniert sie. Wer also auf der Festlegung beharrt, der hirntote Patient sei tot, muss einräumen, dass sein Gehirn aber unter Umständen noch nicht zur Gänze tot ist“ (GEISLER 2008, S. 3).

Und er führt weiter aus:

„Das endgültige Hirnversagen als Tod des Menschen ist eine medizinische, z.T. auch gesellschaftlich akzeptierte Vereinbarung mit utilitaristischer<sup>92</sup> Zielsetzung. Der Hirntod ist aus medizinisch-biologischer Sicht ein unumkehrbarer Sterbeprozess, unabwendbar ausgerichtet auf den Tod des Organismus. Er ist aber nicht der Tod des Menschen und kann daher als Todeskriterium keine Plausibilität beanspruchen“ (GEISLER 2008, S. 6).

RAINER BECKMANN sagt zum Konzept des Hirntodes, dass es nicht auf einer schlüssigen philosophischen oder anthropologischen Grundlage basiert. Der sogenannte „Hirntod“ ist der Tod des Organs Gehirn. Dieser kann nicht gleichgesetzt werden mit dem Tod des Menschen, der die Trennung der Seele vom Leib des Menschen mit einschließt. Der Tod des Menschen liegt im Zerschneiden der Einheit von Leib und Seele. Diesen direkten Nachweis kann man mit den Methoden der Naturwissenschaft nicht erbringen. Die Einheit<sup>93</sup> von Leib und Seele äußert sich in den »Lebenszeichen«. Indirekt kann durch das Verlöschen dieser »Lebenszeichen« die Trennung der Seele vom Leib erkannt werden. Viele dieser »Lebenszeichen« sind bei Hirntoten noch vorhanden (vgl. BECKMANN 2010, S. 28 - 29).

Hier geht es um die Frage: „Was ist der Mensch?“ (BECKMANN 2012, S. 22)

---

<sup>92</sup> auf den Nutzen ausgerichtete, zweckorientierte Ethik (vgl. de.wikipedia.org 2015 b, o. S.)

<sup>93</sup> Nach dem christlichen Menschenbild besteht der Mensch nicht nur aus Materie. Mit der Existenz des Menschen untrennbar verbunden gibt es eine geistige Wesensseite. Im Katechismus der Katholischen Kirche (KKK) heißt es dazu: „Die menschliche Person ist ein körperliches und zugleich geistiges Wesen. Im Menschen bilden Geist und Materie eine einzige Natur. Diese Einheit ist so tief, dass der aus Materie gebildete Leib aufgrund des geistigen Prinzips, der Seele, ein lebendiger menschlicher Leib wird [...]“ (KKK Ziffer 362 - 365). Und weiter heißt es: „Durch den Tod wird die Seele vom Leib getrennt [...]“ (KKK Ziffer 992 - 1004).

BECKMANN stellt fest, dass viele Vertreter des Hirntodkonzeptes das biologisch-materialistische Bild des Menschen vertreten. Dabei wird die Existenz des Menschen auf erfassbare naturwissenschaftliche Phänomene reduziert. Das Bewusstsein des Menschen und seine Denkprozesse werden mit elektrischen und biochemischen Abläufen im Gehirn in Verbindung gebracht. Von diesem Standpunkt aus gesehen, wäre der Ausfall der Gehirnfunktionen des Menschen gleichzusetzen mit dem Tod. Doch hier kommt die Grundsatzfrage auf, warum ablaufende physikalische und chemische Vorgänge im Gehirn wichtiger sein sollten als andere funktionelle Vorgänge im Körper des Menschen.

BECKMANN wirft eine weitere Frage auf. Weshalb haben dann Menschen überhaupt eine Würde, die auch im Artikel 1 des Grundgesetzes festgeschrieben ist? Elektrische Potentiale, Neuronen, Zellen oder Moleküle haben keine menschlichen Rechte (vgl. BECKMANN 2012, S. 22).

BECKMANN weist auf die Unzulänglichkeiten des biologisch-materialistischen Weltbildes hin, indem er sagt:

„Wenn es sich beim Menschen eigentlich nur um »Biomasse« handelt, wäre die Grundannahme, auf der unsere Gesellschafts- und Rechtsordnung aufbaut, hinfällig. Ein materialistisches Menschenbild ist daher als Ausgangspunkt für die Suche nach dem richtigen Todeskriterium ungeeignet“ (BECKMANN 2012, S. 22).

Weiter sagt BECKMANN, dass die Trennung der Einheit von Leib und Seele nicht mit wissenschaftlichen Messmethoden bestimmt werden könne. Dabei führt er eine Aussage<sup>94</sup> von JOHANNES PAUL II. an, in der er ausführt, dass der Tod resultiert,:

„aus der Trennung des geistigen Lebensprinzips (oder Seele) von der leiblichen Wirklichkeit der Person. Der [...] Tod der menschlichen Person ist ein Ereignis, dass durch keine wissenschaftliche Technik oder empirische Methode unmittelbar identifiziert werden kann“ (JOHANNES PAUL II. 2000, zit. n. BECKMANN 2012, S. 22).

BECKMANN führt weiter aus, dass die Genesung eines zuvor diagnostizierten Hirntoten lediglich auf diagnostische Mängel hinweist und beweise, dass eine irreversible Schädigung mit einem Funktionsausfall des Gehirns nicht vorgelegen hat. Er warnt davor, damit beweisen zu wollen, dass durch Fehldiagnosen bei der Feststellung des Hirntodes das bestehende „Hirntodkonzept“ widerlegt werden könne. Der festgestellte Funktionsausfall des Gehirns sagt aber nichts über das Ende des Sterbeprozesses des Menschen aus. Bei einem Hirntoten sind die biologischen Funktionsvorgänge zum Großteil noch vollständig erhalten. Auch seine Organe sind noch so optimal „lebendig“, dass sie weiter verwendet werden können. BECKMANN sagt dazu aus (vgl. BECKMANN 2010, S. 26, 29):

„Nach dem Organtod des Gehirns ist das Leben dem Tod sehr nahe. Der Tod des Menschen ist aber noch nicht - und keinesfalls »sicher« - eingetreten“ (BECKMANN 2010, S. 29).

---

<sup>94</sup> Ansprache vom 29.08. 2000 (vgl. BECKMANN 2012, S. 101)

## 4. 6            **Stellungnahmen der Kirchen**

Im Jahr 1990 haben die Deutsche Bischofskonferenz und der Rat der Evangelischen Kirchen in Deutschland zur Organtransplantation eine gemeinsame Erklärung herausgegeben. Beide Kirchen betonen, dass Organe zu spenden ein Akt der Nächstenliebe sein kann. Keine der beiden Kirchen hat zum damaligen Zeitpunkt den „Hirntod“ des Menschen als Todeszeitpunkt eingeschränkt. In nachfolgend aufgeführten Zitaten wird das ersichtlich (vgl. BZgA 2009, S. 50):

„Nach christlichem Verständnis ist das Leben und damit der Leib ein Geschenk des Schöpfers, über das der Mensch nicht nach Belieben verfügen kann, das er aber nach sorgfältiger Gewissensprüfung aus Liebe zum Nächsten einsetzen darf. [...] Wer für den eigenen Fall des Todes die Einwilligung zur Entnahme von Organen gibt, handelt ethisch verantwortlich, denn dadurch kann anderen Menschen geholfen werden, deren Leben aufs Höchste belastet oder gefährdet ist. Angehörige, die die Einwilligung zur Organtransplantation geben, machen sich nicht eines Mangels an Pietät gegenüber dem Verstorbenen schuldig. Sie handeln ethisch verantwortlich, weil sie ungeachtet des von ihnen empfundenen Schmerzes im Sinne des Verstorbenen entscheiden, anderen Menschen beizustehen und durch Organspende Leben zu retten. [...] Nicht an der Unversehrtheit des Leichnams hängt die Erwartung der Auferstehung der Toten und des ewigen Lebens, sondern der Glaube vertraut darauf, dass der gnädige Gott aus dem Tod zum Leben auferweckt. [...] Aus christlicher Sicht ist die Bereitschaft zur Organspende nach dem Tod ein Zeichen der Nächstenliebe und Solidarisierung mit Kranken und Behinderten“ (Deutsche Bischofskonferenz, Rat der Evangelischen Kirche Deutschlands 1995, zit. n. BZgA 2009, S. 50 - 51).

Seitdem fanden Diskussionen und Auseinandersetzungen auf vielen Ebenen der Kirchen zur Organtransplantation und zur Thematik des Todes statt. Es ist derzeit nicht zu erwarten, dass anstehende Fragen abschließend beantwortet werden (vgl. BZgA 2008, S. 26).

Bedenken zur Organspende wurden dennoch bereits ernst genommen und aufgegriffen. In nachfolgenden aufgeführten Zitaten der Päpste JOHANNES PAUL II. und BENEDIKT XVI. werden diese deutlich ersichtlich.

Im Jahr 1995 hat Papst JOHANNES PAUL II. in der Enzyklika „Evangelium vitae“, Nummer 15, vom 25. März zur Problematik der Euthanasie festgestellt:

„Und auch angesichts anderer, heimlicherer, aber nicht minder schwerwiegenderer und realer Formen von Euthanasie dürfen wir nicht schweigen. Sie könnten sich zum Beispiel dann ereignen, wenn man, um mehr Organe für Transplantationen zur Verfügung zu haben, die Entnahme dieser Organe vornimmt, ohne die objektiven und angemessenen Kriterien für die Feststellung des Todes des Spenders zu respektieren“ (JOHANNES PAUL II. 1995, zit. n. WALDSTEIN 2012 b, S. 21).

Nachdem hochrangige Wissenschaftler dem Papst ihre Bedenken zum Hirntodkonzept nach neuesten wissenschaftlichen Erkenntnissen unterbreitet hatten, äußerte Papst JOHANNES PAUL II. bereits in einer Stellungnahme vom 14. Dezember 1989:

„Es scheint sich tatsächlich ein tragisches Dilemma aufzutun: Einerseits sieht man die dringende Notwendigkeit, Ersatzorgane für Kranke zu finden, die in ihrer Schwäche sterben würden oder zumindest nicht wieder genesen können. Mit anderen Worten, es ist verständlich, daß ein Kranker, um dem sicheren oder drohenden Tod zu entgehen, das Bedürfnis hat, ein Organ zu empfangen, welches von einem anderen Kranken bereitgestellt werden könnte, [...] In dieser Situation zeigt sich jedoch die Gefahr, daß man einem menschlichen Leben ein Ende setzt und endgültig die psychosomatische Einheit einer Person zerstört. Genauer, es besteht eine wirkliche Wahrscheinlichkeit, daß jenes Leben, dessen Fortsetzung mit der Entnahme eines lebenswichtigen Organs unmöglich gemacht wird, das einer lebendigen Person ist, während doch der dem menschlichen Leben geschuldete Respekt es absolut verbietet, dieses direkt und positiv zu opfern, auch wenn dies zum Vorteil eines anderen Menschen wäre, bei dem man es für berechtigt hält, ihn derart zu bevorzugen“ (JOHANNES PAUL II. 1989, zit. n. WALDSTEIN 2012 b, S. 21).

Auch der Erzbischof von Köln, Kardinal Meisner, gab am 27. September 1996 folgende Erklärung ab, in der er sagt, dass:

„[...] die Gleichsetzung von Hirntod mit dem Tod der Person [...] von einem christlichen Standpunkt gesehen nicht vertretbar [ist]“ (MEISNER 1996, zit. n. SHEWMON 2003, S. 295).

Papst JOHANNES PAUL II. schrieb am 1. Februar 2005 in einem Brief an die Päpstliche Akademie der Wissenschaften, dass sich hervorragende amerikanische Wissenschaftler bemüht haben (vgl. WALDSTEIN 2012, S. 21):

„im Rahmen eines eingehenden interdisziplinären Studiums erneut das spezifische Problem der »Zeichen des Todes« zu untersuchen, durch die der klinische Tod eines Menschen mit moralischer Gewissheit bestimmt werden kann“ (JOHANNES PAUL II. 2005, zit. n. WALDSTEIN 2012 b, S. 21).

**Als Ergebnis wurde am Ende der Tagung 2005 zu den „Zeichen des Todes“ eine Erklärung abgegeben, in der die geltende Hirntoddefinition, die den „Hirntod“ mit dem Tod des Menschen gleichsetzt, widerlegt wird** (vgl. WALDSTEIN 2012 b, S. 21).

(Siehe Abschnitt 3.7.)

Um die Notwendigkeit der Überprüfung zu unterstreichen, ließ der Papst während des Kongresses eine Mitteilung verlesen, in der er sagte, dass die Kirche:



„the practice of transplanting organs from deceased persons<sup>95</sup>“ (JOHANNES PAUL II. 2005, zit. n. BYRNE, COIMBRA, SPAEMANN 2005, S. 1).

Er mahnte, dass die Durchführung von Transplantationen nur in einer Weise akzeptabel seien, wenn sie „so us to guarantee respect for life and for the human person<sup>96</sup>“ (JOHANNES PAUL II. 2005, zit. n. BYRNE, COIMBRA, SPAEMANN 2005, S. 1).

Noch während der Tagung zu den „Zeichen des Todes“ 2005 im Vatikan, die kurz vor dem Tod JOHANNES PAUL II. stattfand, sagte der Papst den Wissenschaftlern für ihre Aufgabe, den Tod eindeutig und klar zu definieren<sup>97</sup>, die Unterstützung des Vatikans und der Glaubenskongregation zu (vgl. BYRNE, COIMBRA, SPAEMANN, WILSON 2005, S. 1).

Am 7. November 2008 hat auch Papst BENEDIKT XVI. in einer Ansprache während eines Kongresses zur Vorsicht und zur Achtung des Lebens gemahnt. Da die Ergebnisse der Tagung zu den „Zeichen des Todes“ von 2005 dem Papst bekannt waren, unterstrich er:

„In diesen Fällen muß auf jeden Fall immer die Achtung vor dem Leben des Spenders als Hauptkriterium gelten, so daß die Organentnahme nur im Falle seines tatsächlichen Todes erlaubt ist“ (BENEDIKT XVI. 2008, zit. n. WALDSTEIN 2010, S. 90 - 91).

Da angenommen werden kann, dass er um die Brisanz der Tagungsergebnisse von 2005 weiß, sagt er weiter:

„Die Wissenschaft hat in diesen Jahren weitere Fortschritte bei der Feststellung des Todes des Patienten gemacht. Es ist also gut, daß die hinreichenden Ergebnisse die Zustimmung der gesamten wissenschaftlichen Gemeinschaft erhalten, um so die Suche nach Lösungen zu begünstigen, die allen Sicherheit geben sollen“ (BENEDIKT XVI. 2008, zit. n. WALDSTEIN 2010, S. 91).

Eine weitere bedeutende Aussage von Papst BENEDIKT XVI. unterstreicht seine Aussage:

„In einem Bereich wie diesem darf es nicht den geringsten Verdacht auf Willkür geben, und wo die Gewissheit noch nicht erreicht sein sollte, muß das Prinzip der Vorsicht vorherrschen. [...] Es ist auf jeden Fall notwendig daran zu erinnern, daß die einzelnen lebenswichtigen Organe ausschließlich *ex cadavere*<sup>98</sup> entnommen werden können“ (BENEDIKT XVI. 2008, zit. n. WALDSTEIN 2010, S. 92).

---

<sup>95</sup> deutsch: „bislang durchweg die Praxis der Transplantation von Organen Gestorbener unterstützt habe“

<sup>96</sup> deutsch: „den Respekt für das Leben und den Menschen wahrt“

<sup>97</sup> In der Nummer 10 der Conclusions hatten die Wissenschaftler dem Papst die Antwort auf seine Fragen zum Hirntod gegeben. (Siehe Abschnitt 3.7.) WOLFGANG WALDSTEIN sagte zu den verfassten Conclusions der Tagung in einem Meinungsbeitrag der Zeitung „Die Tagespost“ 2012 folgendes: „Damit liegt jetzt die vom Papst JOHANNES PAUL II. erbetene neuerliche Erklärung der „Zeichen des Todes“ vor, die klarerweise die Aussagen des Papstes vom Jahr 2000 korrigiert, aber dies eben auf Wunsch des Papstes selbst und sozusagen als sein Vermächtnis im Zusammenhang mit der Enzyklika *Evangelium vitae*, Nummer 15“ (WALDSTEIN 2012 c, S. 14).

<sup>98</sup> von einer Leiche

Die Kirchen haben auch immer wieder auf die Freiwilligkeit der Organspende hingewiesen. Zur beschlossenen Änderung des neuen Transplantationsgesetzes in Deutschland gab Erzbischof ZOLLISCH am 25. Mai 2012 folgende Pressemitteilung:

„[...] Wir haben bereits im Vorfeld dieser politischen Entscheidung immer wieder deutlich gemacht, welche Grenzen und Kriterien bei diesem sensiblen Thema zu beachten sind: wenn Organspende, wie die Kirche formuliert, als Ausdruck großherziger Solidarität gefördert werden soll, dann bedarf es der Freiwilligkeit. Die Organspende ist nur dann sittlich annehmbar, wenn der Spender oder die Angehörigen ihre *ausdrückliche freie Zustimmung* dazu gegeben haben. So begrüßen wir, dass die Freiwilligkeit einer Organspende auch weiterhin gewahrt bleibt. Außerdem begrüßen wir, dass die schon lange erhobenen Forderungen, Lebendspender besser abzusichern, mit in die Änderung aufgenommen wurden. Mehr Spender für Organe werden sich nur dann finden lassen, wenn die Menschen davon ausgehen können, dass kein Zwang auf sie ausgeübt wird, und sie in Freiheit ‚großherzige Solidarität‘ üben können“ (ZOLLISCH 2012, o. S.).

### **Zur aktuellen Hirntoddebatte gibt es seitens der Kirchen bisher nur wenige Stellungnahmen.**

Kardinal WOELKI hat in seiner „Osterbotschaft des Erzbischofs“ 2012 „zum Schutz des Lebens“ gemahnt. Er führte aus, dass für Christen der Tod auch die Trennung von Leib und Seele sei. Ob dies bei Menschen, die für hirntot erklärt wurden, bereits der Fall sei, dagegen sprechen gewichtige Argumente. Er betonte, dass aus christlicher Perspektive das Hirntod-Kriterium deshalb auf den Prüfstand gehöre (vgl. DVCK e.V. 2012, S. 1).

Weiter führte er aus:

„Denn der Mensch darf niemals als Mittel zum Zweck missbraucht werden, auch wenn das Ziel ein solches hehres ist, wie das Leben eines anderen zu retten und zu verlängern“ (WOELKI 2012, o. S., zit. n. DVCK e.V. 2012, S. 1).

So bleibt zu hoffen, dass die Glaubenskongregation zur aktuellen Hirntoddebatte nicht länger schweigt und eine klare Erklärung abgibt, die auch die wissenschaftlichen Erkenntnisse aufnimmt, die auf der Tagung<sup>99</sup> zu den „Zeichen des Todes“ von 2005 vorgetragen worden sind<sup>100</sup> (vgl. WALDSTEIN 2010, S. 93). (Siehe Abschnitt 3.7.)

---

<sup>99</sup> WOLFGANG WALDSTEIN, der zum Zeitpunkt des Kongresses 2005 zu den „Zeichen des Todes“ Mitglied des Consiglio Direttivo der Päpstlichen Akademie für das Leben war, veröffentlichte 2012 in der Zeitschrift „Medizin & Ideologie“ einen Fachartikel. Er schreibt, dass die Mitglieder dieses Consiglio mehrheitlich den Hirntod fanatisch vertraten. Da ALAN SHEWMON, Mitglied der Akademie für das Leben, sich als Mediziner durch seine jahrelangen Klinikerfahrungen besonders kompetent und kritisch bereits im Jahr 2000 zur Hirntoddebatte geäußert hatte, wurde offenbar sein Ausschluss aus der Akademie erwogen. WALDSTEIN gelang es, dies zu verhindern. Der damalige Kanzler der Päpstlichen Akademie der Wissenschaften, ein Verfechter des Hirntodes, war von den Ergebnissen dieses Kongresses so schockiert, dass er verbot, die Akten zu veröffentlichen. Dennoch hat ROBERTO DE MATTEI, Vizepräsident des Consiglio Nazionale delle Ricerche, im Jahr 2006 in englischer und im Jahr 2007 in italienischer Sprache ein Buch zum Kongress veröffentlicht. Dieses enthält teilweise Texte der Tagungsbeiträge der Teilnehmer des Kongresses von 2005 und Beiträge von Wissenschaftlern, die wegen der Brisanz der Texte als Redner nicht zugelassen wurden, wie beispielsweise WALDSTEIN selbst (vgl. WALDSTEIN 2012 b, S. 20).

## 4. 7            Patientenverfügung und Organspende

Wer in seiner Patientenverfügung lebensverlängernde und intensivmedizinische Maßnahmen am Lebensende ablehnt, muss wissen, dass diese Verfügung juristisch einer Organspende entgegensteht. Wie in den vorangegangenen Kapiteln ausgeführt, ist die postmortale Organspende in Deutschland nur bei einem diagnostizierten Hirntod möglich. Damit die Organe ihre Lebensfunktionen weiterhin behalten, ist dafür aber eine intensivmedizinische Behandlung notwendig.

Hier kann es zu Konflikten kommen.

Ärzte müssen sich an die Patientenverfügung halten. Die verfüzten Behandlungswünsche müssen eingehalten werden. Eine Bereitschaft zur Organspende darf nicht höher bewertet werden, als die Verfügungen des Patienten. Deshalb ist es wichtig, eine persönliche Patientenverfügung so auszuformulieren, dass eine Bereitschaft zur Organspende berücksichtigt werden kann.

Aus diesem Grund legt der Gesetzgeber großen Wert auf eine umfassende Aufklärung dieser Problematik. Er führt in der Begründung zum Transplantationsgesetz zur Thematik der Patientenverfügung und Organspendebereitschaft, (B. Besonderer Teil, zu Artikel 1, zu Nummer 3, zu Buchstabe a) folgendes aus:

„Bei der Aufklärung über die Bedeutung einer zu Lebzeiten abgegebenen Erklärung zur Organ- und Gewebespende soll zukünftig auch das Verhältnis einer Organspendeerklärung zu einer möglichen Patientenverfügung thematisiert werden, um einen Widerspruch zwischen der Erklärung zur Organ- und Gewebespende zu vermeiden“ (DEUTSCHER BUNDESTAG 2012 a, S. 16).

Und weiter heißt es, dass:

„[...] der Verfügende unter anderem festlegen kann, dass seine erklärte Bereitschaft zur Organ- und Gewebespende vorgehen soll, wenn für eine mögliche postmortale Organ- und Gewebespende ärztliche Maßnahmen durchgeführt werden müssen, die durch die Patientenverfügung ausgeschlossen werden“ (DEUTSCHER BUNDESTAG 2012 a, S. 16).

---

<sup>100</sup> WOLFGANG WALDSTEIN sagte 2012 zu den Konsequenzen des Schweigens der Glaubenskongregation in einem Meinungsbeitrag der Zeitung „Die Tagespost“ folgendes:

„Angesichts des Ausmaßes der überaus schwerwiegenden Konsequenzen des Schweigens der Glaubenskongregation zur Frage des Hirntods muss wohl damit gerechnet werden, dass dieses Schweigen eines Tages zu der Frage wird führen müssen, wieso die Kirche zu diesen Tötungen unvorstellbaren Ausmaßes so lange schweigen konnte, obwohl Papst JOHANNES PAUL II. schon 1995 gesagt hatte: Wir dürfen nicht schweigen. Die absolute Formel der Transplantationsmedizin lautet: Leben retten durch töten. Und dieses Töten wird kurzerhand als „justifiable necessity for procuring transplantable organs“ [Anm. d. Verf.: zu deutsch: „gerechtfertigte Notwendigkeit für die Beschaffung transplantierbarer Organe“] erklärt. Wer kann dieses Töten wirklich rechtfertigen? Das Problem der Förderung der Bereitschaft zur Organspende liegt darin, dass sie die wohl meist nicht bewusste Bereitschaft einschließt, sich töten zu lassen. Und das darf nicht verschwiegen werden“ (WALDSTEIN 2012 c, S. 14).

Wer in seine Patientenverfügung die Organspendebereitschaft einfügt, sollte wissen, dass in Deutschland nur der diagnostizierte Hirntod die Voraussetzung der Organspende ermöglicht.

Wie das Deutsche Ärzteblatt im März 2013 veröffentlichte, besteht die Wahrscheinlichkeit, dass Fallkonstellationen auftreten können, bei denen der Hirntod nicht vorliegt, aber die Vermutung nahe liegt, dass dieser eintreten könnte. Aus diesem Grund wird angeregt, dass die intensivmedizinischen Behandlungen um einige Tage verlängert werden können, bis der Hirntod eintritt. In dem „Arbeitspapier zum Verhältnis von Patientenverfügung und Organspendeerklärung“ der BÄK von 2013 heißt es (vgl. [aerzteblatt.de](http://aerzteblatt.de) 2013, o.S.):

„Daher kann in diesen Fällen nicht schon aus der Organspendeerklärung des Patienten abgeleitet werden, dass er mit der Fortführung der intensivmedizinischen Maßnahmen einverstanden ist. Eine Entscheidung hierüber ist mit dem Patientenvertreter und den Angehörigen des Patienten zu suchen“ ([aerzteblatt.de](http://aerzteblatt.de) 2013, o. S.).

In der Zeitspanne der weiter durchgeführten intensivmedizinischen Maßnahmen und der Erwartung des eintretenden Hirntodes ist es möglich, dass sich der Sterbevorgang verzögert. Es besteht das Risiko, dass sich ein Wachkoma entwickeln kann.

Ein weiteres Problem kann auftreten, wenn unter der Fortführung der lebenserhaltenden Maßnahmen der Patient einen Stillstand des Herzens erleidet. Hier würden Wiederbelebungsmaßnahmen nicht mehr im Sinne des Patienten durchgeführt werden. Diese dienen dann ausschließlich dem Zweck, die Organe zu Transplantationszwecken weiter funktionsfähig zu erhalten.

Beide genannten Möglichkeiten sollten beim Erstellen einer Patientenverfügung und der Bereitschaft zur Organspende bedacht werden (vgl. VERREL 2012, S. 46).

## **5 Die Notwendigkeit einer unabhängigen und ergebnisoffenen Beratung**

Das Transplantationsgesetz schreibt vor, dass eine ergebnisoffene Aufklärung der Bevölkerung zur Thematik der Organspende stattfinden muss. In folgenden Ausführungen werden Gründe aufgeführt, warum diese geforderte Aufklärung nicht in ausreichendem Umfang realisiert wird. Notwendigkeiten einer unabhängigen und ergebnisoffenen Beratung werden sichtbar. Ein visionärer Ausblick im Abschnitt 5.7 zeigt Möglichkeiten auf, wie diese Beratung in das vorhandene Netz der Beratungsstellen der Sozialen Arbeit integriert werden könnte und beantwortet die im Vorwort gestellte dritte Frage:

**Wie kann eine ergebnisoffene und unabhängige Beratung zur Organspende auf dem Arbeitsfeld der Sozialen Arbeit erfolgen?**

### **5. 1 Realitäten, die eine Beratungsnotwendigkeit aufzeigen**

Keiner kann in Deutschland gezwungen werden, seinen Körper nach einer Hirntoddiagnose zur Organ- und Gewebespende zur Verfügung zu stellen. Alle Bürger können sich selbst informieren und frei entscheiden, ob eine Zustimmung zur Spende erteilt werden soll. Um die Aufklärung der Bürger und Bürgerinnen zu gewährleisten, stehen aus dem Bundeshaushalt Gelder<sup>101</sup> bereit. Diese werden der DSO für Aufklärungszwecke zur Verfügung gestellt, die laut Transplantationsgesetz für die Koordination der postmortalen Organspende in Deutschland zuständig ist.

Dr. DAVID HILL, ein Dozent und Anästhesist aus Cambridge, benannte an der Päpstlichen Akademie der Wissenschaften im Vatikan auf der Tagung 2005 zum Thema „Die Zeichen des Todes“ das defizitäre Wissen der Bevölkerung zum Hirntodkonzept.

In den nachfolgenden Ausführungen HILLS werden Gründe angeführt, die die Notwendigkeit einer unabhängigen Aufklärung und Beratung der Bevölkerung zum Thema der Organspende und Organtransplantation deutlich sichtbar werden lassen. Es kann angenommen werden, dass dieses Defizit an Aufklärung der Bevölkerung auf die internationale Ebene und auch auf Deutschland übertragbar ist. Durch wissenschaftliche Untersuchungen ist nicht belegt, ob die zunehmende Ablehnungsrate zur Organspende aus einer besseren Aufklärung resultieren könnte. Diesen Zusammenhang vermutet HILL lediglich.

---

<sup>101</sup> Für die Aufklärungs- und Öffentlichkeitsarbeit im Jahr 2014 standen laut Pressebericht des Deutschen Bundestages vom 06.05.2014 der DSO 937.000 Euro zur Verfügung (vgl. DEUTSCHER BUNDESTAG 2014, o. S.).

Er führt die öffentliche Akzeptanz der neuen Todeskriterien auf die Organtransplantationswerbung und die fehlende Information der Gesellschaft zur Vorgehensweise zurück. Weitgehend unbekannt ist, dass Maßnahmen zur Lebenserhaltung erst nach der Explantation beendet und währenddessen noch anästhetische Kontrollmaßnahmen des Organspenders notwendig werden. Da das Wissen der Bevölkerung zur Organspende zunehme, steige auch die Ablehnungsrate zur Organentnahme.

Eine englische Studie von 2004 die er anführte, belegt, dass von 1992 bis 2004 die Ablehnungsrate von 30 Prozent auf 44 Prozent gestiegen ist. HILL vermutet, dass Angehörige einer Organentnahme vermehrt deshalb nicht zustimmen, weil sie selbst sehen, dass ein potentieller Organspender Lebenszeichen aufweist. Hier kommen Zweifel bei den Angehörigen zur Todesdiagnose auf.

Er berichtete, dass in Großbritannien in offiziellen Papieren, KFZ-Anmeldungen und Führerscheinanmeldungen Rubriken zur Dokumentation der Organspendebereitschaft enthalten sind. Zunehmend werde Druck auf die Menschen ausgeübt, auch auf Kinder, diese zu unterschreiben. Obwohl in den Dokumenten geschrieben steht, dass die Entnahme der Organe erst nach dem Tod erfolgen darf, geschieht keine Aufklärung, was dieser „Tod“ bedeutet. Die Akzeptanz der Organspende hänge seiner Meinung nach am mangelnden öffentlichen Wissen bezüglich der Transplantationsthematik. Es wird keine Gegenzeichnung und Aufklärung verlangt. Auch die Möglichkeit, für den Fall der Organspende eine Narkose zu verlangen, ist nicht gegeben (vgl. HILL 2005, S. 5 - 6).

Da die Spenderzahlen in Deutschland zurückgehen, soll die Bevölkerung durch bessere Aufklärung für das Thema Organspende sensibilisiert werden. Durch eine intensive Überzeugungsarbeit soll die Organspendebereitschaft erhöht werden. Die BZgA führte eine Studie<sup>102</sup> durch, die belegt, dass gut informierte Menschen der Organspende positiv gegenüber eingestellt sind und dies in einem Organspendeausweis dokumentieren (vgl. Deutscher Bundestag 2012 a, S. 16).

Die oben genannte Vermutung HILLs, dass eine bessere Aufklärung zu einer höheren Ablehnungsrate der Organspenden führt, wird durch diese deutsche Studie nicht bestätigt.

DANIEL BAHR, der ehemalige Bundesminister für Gesundheit, wies zum 8. Jahreskongress der DSO im November 2012 in einem Statement zum neuen Transplantationsgesetz darauf hin, dass sich die katholische und die evangelische Kirche und andere Religionsgemeinschaften für eine Organspende aussprechen. Dies fördere das Vertrauen und wäre ein starkes Signal (vgl. BAHR 2012, S. 21).

---

<sup>102</sup> Nach dieser Studie beträgt die Organspendebereitschaft der Bevölkerung circa 75 Prozent. Die Dokumentation des tatsächlichen Willens beträgt aber nur 25 Prozent. Durch die Einführung des neuen Transplantationsgesetzes mit der Entscheidungslösung soll dieser Abstand reduziert werden (vgl. DEUTSCHER BUNDESTAG 2012 a, S. 14).

Dass es seitens der Kirchen auch sehr kritische Stimmen und Bedenken zur Organspende gibt, erwähnte er nicht. (Siehe dazu Abschnitt 4.6.)

Mit der Einführung der erweiterten Zustimmungslösung wurde das Ziel formuliert, die Organspendebereitschaft zu fördern. Die Krankenkassen sind laut § 2 Absatz 1a des neuen Transplantationsgesetzes dazu verpflichtet, ihren Versicherten Informationsmaterial zur Organ- und Gewebespende bereitzustellen (vgl. DEUTSCHER BUNDESTAG 2012 a, S. 14).

Das Hirntodkonzept wird in den Informationsbroschüren der Krankenkassen weder erklärt noch erwähnt. Erklärt wird auch nicht, warum ein festgeschriebener Wunsch in der Patientenverfügung, der die Ablehnung intensivmedizinischer Maßnahmen am Lebensende beinhaltet, juristisch eine Organspende ausschließt. (Siehe dazu Abschnitt 4.7.)

Um einer einseitigen Aufklärung entgegenzuwirken, hat der Gesetzgeber die nötigen Gesetzesgrundlagen geschaffen. Es wird aber gegenwärtig nicht nachgeprüft<sup>103</sup>, ob die geforderte „umfassende und ergebnisoffene Aufklärung“ tatsächlich auch praktiziert wird.

An diesem Defizit wird erkennbar, dass sich hier die Notwendigkeit für ein neues Arbeitsfeld eröffnet, das kontrolliert, ob gesetzeskonform aufgeklärt wird. Zukünftig diese Lücke zu schließen, ist eine Aufgabe, die in der Verantwortung des Gesetzgebers steht.

Im *aerzteblatt.de* vom 04.11.2014 wurde veröffentlicht, dass der medizinische Vorstand der DSO durch AXEL RAHMEL bei einer Pressekonferenz zum 10. Jahreskongress der DSO mitteilte, dass die DSO zukünftig ihre Konzentration auf die im Transplantationsgesetz festgelegten Kernaufgaben richten will. Dazu gehören, die Koordination der Organspende, die Weiterentwicklung und Optimierung der dafür nötigen Prozessabläufe, sowie die Gewährleistung der Sicherheit und Qualität der gespendeten Organe. RAHMEL sagte (vgl. *aerzteblatt.de* 2014, o. S.):

„Vor dem Hintergrund der seit einigen Jahren sinkenden Organspenderaten kann die DSO ihren Beitrag zur Rückgewinnung von Vertrauen in die Transplantationsmedizin am besten dadurch leisten, dass sie die Kliniken bei der Realisierung potenzieller postmortalen Organspenden optimal unterstützt und Organe mit bester Qualität für den Empfänger zur Verfügung stellt“ (RAHMEL 2014, zit.n. *aerzteblatt.de* 2014, o. S.).

---

<sup>103</sup> Anlässlich eines Studientages zum neuen Transplantationsgesetz tauschte eine Arbeitsgruppe am 27.11.2012 in der evangelischen Akademie in Meißen ihre Erfahrungen aus und stellte dabei fest, dass die vom Gesetzgeber geforderte „umfassende und ergebnisoffene“ Aufklärung ohne rechtsstaatliche Kontrolle und Aufsicht nicht ausreichend gewährleistet werden kann. Sie schlug vor, dass in Sachsen ein unabhängiges Gremium berufen wird, das die Aufklärung zur Organspende kritisch kontrolliert und beurteilt. Interessengesteuerte Tendenzen zur einseitigen Aufklärung sind erkennbar, um den Mangel an Spenderorganen zu reduzieren. Ein Schreiben mit diesem Vorschlag wurde verfasst und an den Petitionsausschuss des Deutschen Bundestages weitergeleitet. Es wurde mitgeteilt, dass die Regierung keinen Handlungsbedarf sieht (LESKA 2012, o. S.).

Da die DSO sich bislang auch an der allgemeinen Aufklärung der Bevölkerung zur Organspende beteiligt hatte, gab sie nun bekannt, ihren Kurs korrigieren zu wollen.

Nach den Organspende-Skandalen der jüngsten Vergangenheit und der jahrelangen Kritik aus vielen Reihen der Bevölkerung zur einseitigen und interessengesteuerten Aufklärungspraxis der DSO werden jetzt offenbar Konsequenzen gezogen, weil das Vertrauen der Bevölkerung in die Transplantationsmedizin sehr gelitten hat.

AXEL RAHMEL sagte bereits im Oktober 2014 in Mannheim während der Jahrestagung der Deutschen Transplantationsgesellschaft (vgl. [aerzteblatt.de](http://aerzteblatt.de) 2014, o. S.):

„Unsere Aufgabe ist es nicht, für Organspende zu werben oder zum Beispiel das Hirntodkonzept zu erklären“ (RAHMEL 2014, zit. n. [aerzteblatt.de](http://aerzteblatt.de) 2014, o. S.).

Offensichtlich ist erkannt worden, dass es für eine Stiftung, deren Aufgabe es ist, die gesamten Prozessabläufe der Organspende in Deutschland zu koordinieren, nicht möglich ist, eine unabhängige und ergebnisoffene Aufklärung durchzuführen. Eine Stiftung wie die DSO, deren Existenz davon abhängig ist, dass menschliche Organe für Transplantationen bereitwillig gespendet werden, wird auch bei der Aufklärung der Bevölkerung zur Organspende ihre Interessen vertreten. So kann angenommen werden, dass dies der Grund ist, warum Aspekte, die einer Organspende möglicherweise entgegenstehen, verschwiegen werden. Dennoch fordert das neue Transplantationsgesetz ausdrücklich, dass diese Aspekte einbezogen werden müssen. Inwieweit diese Ankündigung der DSO, das Aufgabengebiet der Aufklärung abzugeben, umgesetzt wird, bleibt abzuwarten. Und weiter bleibt zu hoffen, dass die Politik nun darauf achtet, dass die Aufklärung der Bevölkerung zur Organspende- und Transplantationsthematik neu überdacht und geregelt wird. So könnten anstehende Aufgaben neu verteilt und Beratungsstrukturen geschaffen werden, in denen unabhängig und ergebnisoffen beraten werden kann. Im Abschnitt 5.7 wird in einem visionären Ausblick aufgezeigt, wie eine unabhängige und ergebnisoffene Beratung auf dem Arbeitsfeld der Sozialen Arbeit aussehen könnte.

Weitere Realitäten, die die Notwendigkeit einer ergebnisoffenen Beratung aufzeigen, sind in den Abschnitten 5.3 und 5.4 benannt.

Im nachfolgenden Abschnitt werden die gesetzlichen Grundlagen aufgezeigt, die eine ergebnisoffene Aufklärung vorschreiben.



## **5. 2            Gesetzliche Grundlagen**

Das neue Transplantationsgesetz wurde mit dem Ziel eingeführt, die Organspendebereitschaft der Bevölkerung zu fördern, damit mehr Menschen „ein lebensrettendes Organ erhalten“ (DEUTSCHER BUNDESTAG 2012 a, S. 4) können. Laut einer Studie der BZgA beträgt die Bereitschaft der Bevölkerung Organe zu spenden 75 Prozent. Nur 25 Prozent haben ihren Willen zur Organspende dokumentiert. Die Diskrepanz soll verringert werden, indem regelmäßige Aufforderungen an die Bundesbürger zu dieser Dokumentation durch die Krankenkassen erfolgen. Jeder soll dabei in die Lage versetzt werden, sich mit dem Thema der Organspende auseinanderzusetzen. Damit eine „unabhängige Entscheidung“ getroffen werden kann, wurden gesetzliche Grundlagen geschaffen (vgl. DEUTSCHER BUNDESTAG 2012 a, S. 4).

Im Transplantationsgesetz fordert der Gesetzgeber im § 2 Absatz 1:

„Die Aufklärung hat die gesamte Tragweite der Entscheidung zu umfassen und muss ergebnisoffen sein“ (DEUTSCHER BUNDESTAG 2013, S. 4).

In der Begründung zum Transplantationsgesetz wird dann ausgeführt, (B. Besonderer Teil, zu Artikel 1, zu Nummer 3, zu Buchstabe a) dass damit folgendes gemeint ist:

„Um den Bürgerinnen und Bürgern eine informierte und selbstbestimmte Entscheidung zu ermöglichen, müssen auch solche Aspekte in die Aufklärung mit einbezogen werden, die einer Organ- und Gewebespende möglicherweise entgegenstehen könnten“ (DEUTSCHER BUNDESTAG 2012 a, S. 16).

Für eine umfassende ergebnisoffene Aufklärung der Bevölkerung, die die genannten Aspekte mit einbezieht, fehlen in Deutschland die dafür nötigen Beratungsstrukturen. Ebenso fehlt eine staatliche Aufsicht und Kontrolle. Um dieses Defizit weiter zu verdeutlichen, werden in den nächsten Abschnitten wichtige Hintergründe benannt.

## **5. 3            Organspende im Spannungsfeld unterschiedlicher Interessen**

In nachfolgender Abbildung von ROLF-MICHAEL TUREK werden die unterschiedlichen Interessen der an den Prozessabläufen Beteiligten der Organspende und der Organtransplantation verdeutlicht.

TUREK, der viele Jahre in Leipzig am Universitätsklinikum tätig war, stand oft als Krankenhausseelsorger in diesem Spannungsfeld. Er kennt nicht nur die professionellen Interessen der Beteiligten, sondern weiß um die Ängste, Nöte und Sorgen derer, die auf ein Spenderorgan warten und derer, die in ihrer Trauer entscheiden sollen, ob sie einer Organentnahme des verstorbenen Angehörigen zustimmen.

TUREK sagt, dass in der Öffentlichkeit den bedürftigen Organempfängern mehr Aufmerksamkeit als den sterbenden Organspendern und den Angehörigen geschenkt wird. Damit rücken auch die Interessen der Transplantationszentren und der Pharmaindustrie in den Fokus (TUREK 2013 b, o. S.).



Abbildung: (TUREK 2013 a, o. S.).

ULRIKE BAUREITHEL und ANNA BERGMANN berichten in ihrem Buch „Herzloser Tod“, dass viele Angehörige beim Überbringen der Hirntodnachricht und der dabei gestellten Frage nach einer Organspende um den theologischen Rat und Beistand eines Geistlichen bitten, da sie verunsichert und ängstlich sind. Dabei erhoffen sie jenen Trost zu bekommen, den sie von der Ärzteschaft nicht erhalten. Weiter berichten sie, dass Angehörige, wenn sie einer Organentnahme nicht zustimmen, oft lange von starken Scham- und Schuldgefühlen belastet werden.

Wer den Angehörigen die Frage stellt, ob sie in eine Organspende einwilligen, verfolgt das definierte Ziel, transplantierbare Organe zu gewinnen. Diese zweckorientierte Frage kollidiert mit den Grundsätzen der Freiwilligkeit und Ergebnisoffenheit. Es muss verhindert werden, dass sich Angehörige im Gespräch unter Druck gesetzt fühlen und den Eindruck bekommen, dass ihre Schmerz- und Trauersituation ausgenutzt wird. Die gesamte Transplantationsmedizin ist darauf angewiesen, dass die Bevölkerung ihr Vertrauen schenkt. Dazu gehören eine zugesicherte Uneigennützigkeit und eine vorher exakt durchgeführte Hirntoddiagnose (vgl. BAUREITHEL, BERGMANN 2001, S. 136 - 138).

Die von BAUREITHEL und BERGMANN befragte Transplantationskoordinatorin KATHARINA GROSSE, die Gespräche mit Angehörigen führt, ist der Auffassung, dass die „Überzeugungsarbeit“ Organe zu spenden, vorher in der Öffentlichkeit stattfinden muss. Diese kann im Gespräch mit Angehörigen beim Überbringen der Todesnachricht nicht mehr geleistet werden. Sie sagt (vgl. BAUREITHEL, BERGMANN 2001, S. 138):

„Ich kann ihnen meine Argumente vortragen und versuchen, sie zu überzeugen. Das ist etwas ganz anderes, als etwas durchzusetzen. Wir wollen nichts durchsetzen, wir wollen überzeugen“ (GROSSE o. J., zit. n. BAUREITHEL, BERGMANN 2001, S. 138).

Weiter berichten BAUREITHEL und BERGMANN, dass bei Eltern das Wiedersehen zum Abschiednehmen von ihren toten Kindern nach der Organentnahme der auslösende Faktor war, die Umstände des Todes im Nachgang genauer zu ermitteln. Eltern tragen oft jahrelang das Bild ihrer Kinder, die nach der Explantation von fürchterlicher Fremdheit gezeichnet sind, in ihrer Erinnerung mit sich. Sie kommen damit nicht zurecht und werden von großen Schuldgefühlen geplagt, die den Trauerprozess erschweren. Oftmals werden sie von Zweifeln geplagt und müssen sich damit auseinandersetzen, dass die Organe ihres verstorbenen Kindes in unbekannten Menschen weiterleben. Sollten die Transplantationen zudem misslungen sein, können sich zusätzlich Vorwürfe ausbreiten, zum Tod dieser Menschen beigetragen zu haben (vgl. BAUREITHEL, BERGMANN 2001, S. 139, 140).

Im Anhang sind unter 8.1.1, 8.1.2 und 8.1.5 ähnliche Berichte von Eltern zu finden, die ihre Zustimmung zur Organentnahme ihrer hirntoten Kinder erteilt haben.

Auch „DRadio Wissen“ berichtete in einem Beitrag vom 29.05.2012, dass Beratungsgespräche mit Eltern, bei deren Kindern der Hirntod diagnostiziert worden ist, nicht ergebnisoffen geführt werden. In einem Bericht von ALMUTH KNIGGE erzählen die Eltern, wie sie nach der Hirntodfeststellung ihres Sohnes zur Einwilligung in eine Organspende gedrängt worden sind (vgl. DRadio Wissen 2012, o. S.).

Dazu sagt GÜNTER KIRSTE von der DSO:

„Das Gespräch soll nicht neutral sein“ (KIRSTE 2012, zit. n. DRadio Wissen 2012, o. S.).

An diesen Aussagen und den Berichten im Anhang wird deutlich ersichtlich, dass dringender Bedarf an transparenter und ergebnisoffener Aufklärung und Beratung in der Öffentlichkeit nötig ist. Entscheidungen zur Organspende, die Angehörige unter Zeitdruck beim Empfangen der Todesnachricht treffen müssen, können ihr Leben nachhaltig verändern und beeinträchtigen. Zweifel und Vorwürfe, sich falsch entschieden zu haben, könnten sie lebenslang weiter begleiten.

#### **5. 4            Gründe für Widerstände zum offenen Diskurs in der Öffentlichkeit und bei medizinischen Kongressen zur Thematik des Hirntodkonzeptes**

CICERO GALLI COIMBRA führte in seinem Referat während des Kongresses „Organspender sind nicht tot“ in Amersfoort am 09.11.2012 folgende Gründe für Widerstände des offenen Diskurses zum Hirntodkonzept an:

- Zum Apnoe-Test scheint es keine Alternative zu geben. Würde der Apnoe-Test aus den Diagnosekriterien der Hirntodfeststellung gestrichen werden, könnten möglicherweise Organspender während der Explantation atmen und dadurch nachweisen, dass sie infolge der Organentnahme versterben.
- Wenn anerkannt werden würde, dass sich der Zustand der Hirnverletzungen durch den Apnoe-Test verschlimmert, wäre es nicht mehr möglich einen Patienten aus neurologischer Sicht als hirntot zu diagnostizieren. Damit wäre die Möglichkeit der Entnahme menschlicher Organe von Spendern mit schlagendem Herzen nicht mehr gegeben.
- Transplantationsmediziner nehmen weltweit Einfluss auf politische Entscheidungen. In führenden medizinischen Zentren und medizinischen Einrichtungen, wie Ärzteverbänden, Ärztekammern, Hochschulen, Akademien, Gesundheitsministerien, Krankenhäusern und Krankenhausleitungen haben sie führende Entscheidungsfunktionen inne.
- Transplantationsmediziner investieren viele Lebensjahre um sich medizinische Fähigkeiten anzueignen und um ihr Ansehen im Beruf zu etablieren. Ihre finanziellen Einkünfte verdanken sie der bisherigen Praxis der Transplantationsmedizin. Dass der Apnoe-Test als unethisch anerkannt wird, würde diese Berufsgruppe nicht akzeptieren. Denn dann könnten Organtransplantationen nicht so wie bisher weiter praktiziert werden (vgl. COIMBRA 2012, S. 8).

#### **5. 5            Problemfelder in der Transplantationsmedizin**

Bereits Anfang der 90er Jahre wurden durch gesundheitswissenschaftliche Studien erhebliche Mängel im System der Transplantationsmedizin in der Funktions- und Organisationsstruktur nachgewiesen. Diese wurden nicht behoben und haben sich teilweise weiter verschärft (vgl. MANZEI 2012, S. 165).

ROLF-MICHAEL TUREK schreibt dazu, dass es völlig unverständlich sei, dass der Gesetzgeber zulässt, dass unzureichend legitimierte Organisationen (wie die DSO, die BÄK oder Eurotransplant) Entscheidungen treffen dürfen, die fast vollständig der rechtsstaatlichen Kontrolle und Aufsicht entzogen sind.

Weiter erinnert er daran, dass es dabei nicht nur um die gerechte Verteilung von Spenderorganen geht. Es geht auch darum, wer den korrekten Ablauf der Hirntoddiagnostik kontrolliert, so wie dieser in den Richtlinien der BÄK vorgeschrieben ist. Zweifel an der korrekten Durchführung häufen sich gegenwärtig. So fordert HANS-FRED WEISER, Vorsitzender des „Verbandes der leitenden Krankenhausärzte“, dass die Kontrolle und Organisation der Transplantationsmedizin in die Hände des Staates gelegt werden soll. Tragbar sei nicht, dass die Kontrolle und der gesamte Organisationsablauf vom selben Personenkreis erbracht werden. Externe Fachexperten müssten prinzipiell die Kontrollen durchführen (vgl. TUREK 2013 b, o. S.).

Während das Konzept des Hirntodes sukzessive in die öffentliche Debatte eindringt, wird die medizinische Behandlung der Organersatztherapie durch Spenderorgane kaum hinterfragt. Diese gilt als alternativlos und sinnvoll, selbst bei vielen Kritikern des Hirntodkonzeptes. Evaluationen und Prüfungen durch staatliche Institutionen werden in der Praxis der Transplantationsmedizin nicht oder kaum vorgenommen. ALEXANDRA MANZEI schreibt dazu, dass es so scheint, als ob die Organersatztherapie von jeglicher Kritik und Überprüfung ausgeschlossen sei.

MANZEI beschreibt als zentrale Ursache das Fehlen der sachlichen Auseinandersetzung mit der Thematik der Organersatztherapie. Weiter benennt sie einen extremen moralischen Druck, der im Diskurs zur Organspendebereitschaft erzeugt wird. Die Problematik des Organmangels stehe immer im Mittelpunkt. Es wird gesagt, dass die 12.000 Menschen, die auf der Warteliste für ein Spenderorgan stehen, gerettet werden könnten, wenn ein Spenderorgan zur Verfügung stehe. Aber es gäbe zu wenige Menschen, die sich bereit erklären, ihre Organe nach dem Tod zu spenden. Diskussionen, wie die Rate der Spenderorgane erhöht werden könnte, nehmen breiten Raum ein (vgl. MANZEI 2012, S. 165).

Dass diese Problematik der Unterversorgung von Spenderorganen besteht, ist unbestritten. Dass aber durch derartige Darstellungen auf die mangelnde Spendebereitschaft<sup>104</sup> der Bevölkerung verwiesen wird, sei problematisch, schreibt MANZEI weiter. Ebenso zweifelhaft ist die Behauptung, dass sich die Unterversorgung mit Spenderorganen beheben lasse, wenn sich die Bereitschaft zur Organspende erhöht. Hier werden die Engpässe der Versorgung von Spenderorganen auf eine moralische und

---

<sup>104</sup> Wie die Süddeutsche.de im Januar 2014 veröffentlichte, ist der Rückgang der Organspendezahlen nicht auf eine mangelnde Spendenbereitschaft der Bevölkerung zurückzuführen. Das Absinken der Zahl der Spenderorgane hätte seinen Grund im fehlenden Engagement der Ärzte. Eurotransplant-Chef BRUNO MEISER sagt, dass die rückläufige Spenderanzahl damit zu erklären sei, dass Ärzte weniger Organspender melden. Vor dem Jahr 2012 lag die gemeldete Anzahl möglicher Organspender bei nahezu konstant 1.900 pro Jahr. Diese sank im Jahr 2013 auf 1.370 Hirntodmeldungen. Es sei nicht ersichtlich, dass aus diesen Zahlen eine mangelnde Spendebereitschaft der Bevölkerung abgeleitet werden könne (vgl. BERNDT 2014 c, S. 1).

private Ebene verschoben. MANZEI sagt, dass damit eine Rekonstruktion von individueller Schuld geschaffen werde, die folgende Botschaft transportiere (vgl. MANZEI 2012, S. 166):

„Wer seine Organe nicht spende, obwohl er sie „nach dem Tod“ nicht mehr brauche, mache sich schuldig am Tod der Patienten, so lautet die implizite Botschaft. Diese extreme Schuldzuweisung erzeugt einen derartigen moralischen Druck, dass der behauptete Zusammenhang zwischen der Unterversorgung und der „mangelnden Spendebereitschaft“ kaum öffentlich hinterfragt wird“ (MANZEI 2012, S. 166).

Die Statistiken zur Anzahl der registrierten Hirntoten sprechen eine andere Sprache. (Für die postmortale Organspende kommen in Deutschland nur die am Hirntod verstorbenen Menschen als Organspender in Betracht.) Die Zahl der am Hirntod Verstorbenen würde niemals ausreichen und hat noch nie ausgereicht, um den Bedarf an Spenderorganen zu decken (vgl. MANZEI 2012, S. 166).

Als einen Grund für den wachsenden Organbedarf in Deutschland sieht MANZEI, dass die Anzahl derer zunimmt, die wiederholt auf der Warteliste für ein Spenderorgan stehen, wenn die Gefahr der Abstoßung des bereits transplantierten Organs ihr Leben nochmals bedroht. Neue Studien besagen, dass in Deutschland lebende Patienten mit einem Spenderorgan dadurch bis zu siebenmal ein neues Organ erhalten können. Viele Krankheiten, die zum Tode führen, werden heute durch eine Organspende als heilbar angesehen. Durch bessere Medikamente, die gegen die Organabstoßung zur Verfügung stehen und die bessere Gesundheitsversorgung hat sich der Organbedarf weiter erhöht.

Da das Hirntodkonzept inzwischen stark in der Kritik steht, wird zunehmend in der Lebendspende für die Zukunft eine Lösungsstrategie gesehen, die den Organbedarf decken könnte. Aber diese ist oft mit schwerwiegenden ethischen und medizinischen Problemen behaftet. Die Spende eines Lungen- und Leberteiles oder einer Niere erfordert einen chirurgischen Eingriff in einen gesunden Menschen, dessen Gesundheit dadurch gefährdet werden kann (vgl. MANZEI 2012, S. 167).

Diese legitimierte Praxis baut einen „moralischen Anspruch auf den Körper des anderen“ (MANZEI 2012, S. 167) auf. Gegenwärtig wird sie nur in Ausnahmefällen erlaubt. Sollte diese Praxis aber zukünftig zur regelrechten Therapie ausgeweitet werden, würde sie gegen das Grundgesetz<sup>105</sup> verstoßen (vgl. MANZEI 2012, S. 167).

---

<sup>105</sup> Dieser Verstoß bezieht sich auf die Artikel 1 und 2 des Grundgesetzes.

Im Artikel 1, Absatz 1 heißt es: „Die Würde des Menschen ist unantastbar. Sie zu achten und zu schützen ist Verpflichtung aller staatlichen Gewalt“ (DEUTSCHER BUNDESTAG 2015, o. S.).

Im Artikel 2, Absatz 2 heißt es: „Jeder hat das Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit. Die Freiheit der Person ist unverletzlich. In diese Rechte darf nur auf Grund eines Gesetzes eingegriffen werden“ (DEUTSCHER BUNDESTAG 2015, o. S.).

MANZEI schreibt, unbedingt müsse erwähnt werden, dass die Organempfänger nach einer Transplantation weiterhin mit gesundheitlichen Problemen<sup>106</sup> belastet bleiben, auch wenn sich ein Zugewinn an Lebenszeit und Lebensqualität einstellt (vgl. MANZEI 2012, S. 168).

Wie für andere Therapien auch, ist es notwendig, dass bei der Organersatztherapie ebenfalls sachliche Evaluationen durchgeführt werden. Wegen des Mangels an Spenderorganen ist es angezeigt, dass nach alternativen Therapien gesucht werden müsste. Präventionen gegen Sucht- und sogenannte Zivilisationskrankheiten sollten stärker in den Fokus rücken, da gerade diese Krankheitsspätfolgen durch Organtransplantationen therapiert werden (vgl. MANZEI 2012, S. 169).

Eine mögliche Alternative in der Organersatztherapie könnte zukünftig die Xenotransplantation<sup>107</sup> sein. Wissenschaftler halten es inzwischen für möglich, dass Herzen von Schweinen bald auf den Menschen übertragen werden könnten. BRUNO REICHART, Herzchirurg und Sprecher der Xenotransplantation-Forschungsgruppe der Deutschen Forschungsgemeinschaft, sagte, dass die Forschungsversuche schwierig seien, aber man komme „gut voran“. Bei Übertragungen von tierischen Zellen besteht die Gefahr, dass tierische Viren auf den Menschen übertragen werden könnten. Insulin von Schweinen wird schon seit Jahrzehnten bei der Diabetestherapie eingesetzt. REICHART sagt, dass nun die Zeit gekommen wäre, auch über eine klinische Anwendung in der Transplantationsmedizin nachzudenken (vgl. DIE WELT 2010, o. S.).

Auf dem Gebiet der Xenotransplantation besteht noch ein großer Forschungsbedarf, der intensiver ausgebaut werden müsste.

Bisher scheiterten alle Versuche<sup>108</sup>, tierische Organe auf den Menschen zu übertragen, da der menschliche Körper diese transplantierten Fremdorgane abstößt. Dabei kommt es zu wesentlich aggressiveren

---

<sup>106</sup> Da nach der Transplantation Organempfänger für den Rest ihres Lebens gegen die Organabstoßung Immunsuppressiva einnehmen müssen, wird ihr gesamtes Immunsystem geschwächt. In Folge dieser Medikamenteneinnahme erhöhen sich das Krebsrisiko und die Infektanfälligkeit. Dadurch werden die Organe weiter geschädigt. Durch die starke psychische Belastung leiden Betroffene oft an Identitätsstörungen, Ängsten und Depressionen (vgl. MANZEI 2012, S. 168).

<sup>107</sup> Dabei „handelt es sich um die Übertragung von lebens- und funktionstüchtigen Zellen oder Zellverbänden (einschließlich ganzer Organe oder Körperteile) zwischen verschiedenen Spezies“ (de.wikipedia.org 2015 a, o. S.).

<sup>108</sup> Selbst Transplantationen von Organen von Schimpansen und Pavianen, die dem Menschen genetisch am nächsten stehen, scheiterten. Nach wenigen Tagen, spätestens nach einigen Wochen verstarben die Patienten.

Neben der Erforschung von Abwehrreaktionen des menschlichen Körpers gegenüber Fremdorganen gilt es, noch weitere Forschungen zu betreiben. Wichtig ist, dass der Aufbau und die Funktionsweise der tierischen Organe den Organen von Menschen gleichen. Das Herz erfüllt als Organ eine relativ einfache Funktion. Komplizierte biochemische Abläufe werden von der Leber übernommen. Unklar ist beispielsweise, ob eine tierische Leber überhaupt in der Lage ist, die Funktionen der menschlichen Leber zu übernehmen. Wahrscheinlich wären Menschenaffen unter immunologischen Gesichtspunkten die Tiere, die sich für Xenotransplantationen am besten eignen würden, da ihr Erbgut zu 98 Prozent mit dem des Menschen identisch ist. Da diese aber vom Aussterben bedroht sind, können sie auch als zukünftige Organspender nicht in Erwägung gezogen werden (vgl. DAHL 2004, S. 2 - 3).

Abwehrreaktionen als das bei der Übertragung von menschlichen Organen der Fall ist. Bisherige Immunsuppressiva, die eine Organabstoßung nach einer Organtransplantation von Mensch zu Mensch verhindern, zeigen bei Xenotransplantationen nicht die nötige Wirkung (vgl. DAHL 2004, S. 2).

Derzeit ist es nicht möglich, Prognosen abzugeben, ob und wann die Xenotransplantation in den klinischen Alltag gelangen kann (vgl. DAHL 2004, S. 7).

## **5. 6 Mögliche Konsequenzen für die Transplantationsmedizin und Chancen einer umfassenden Aufklärung zur Organspende**

Zur Aufklärung der Bevölkerung schreibt MANZEI, dass sie vermute, dass sich die Problematik um das Hirntodkonzept nicht länger aus der öffentlichen Debatte heraushalten lasse, da über das Internet Informationen für jeden zugänglich seien. In den USA und in vielen Ländern Europas würden diese Debatten bereits öffentlich geführt. Sie befürchte, wenn es in Deutschland zu einer Abkehr vom Hirntodkonzept kommen sollte, dass dann auch in Deutschland die „neuen Modi<sup>109</sup>“ der Beschaffung von Organen gesellschaftsfähig würden (vgl. MANZEI 2012, S. 169). (Siehe Abschnitt 4.1.1.)

Eine Abkehr vom Hirntodkonzept bedeutet, dass anerkannt werden würde, dass Hirntote noch leben. Ein diagnostizierter Hirntod würde dann nicht mehr mit dem Tod des Menschen gleichgesetzt werden können. Dann wäre ein Hirntoter ein Mensch, dessen Gehirnfunktionen unumkehrbar erloschen sind und der sich im Sterben befindet. Aber er wäre juristisch noch am Leben. Für die Transplantationsmedizin hätte das weitreichende Folgen. Dann dürften unter den derzeit gültigen gesetzlichen Bestimmungen von Hirntoten keine Organe zu Transplantationszwecken mehr entnommen werden.

SABINE MÜLLER schreibt, wenn DIETER BIRNBACHERS Vorschlag in Deutschland umgesetzt werden würde, die „*dead donor rule*“-Regel aufzugeben (siehe dazu Abschnitt 4.5.2), wäre ein Widerstand von Ärzten und Juristen zu erwarten. Ärzte müssten dann eingestehen, dass durch den Explantationsvorgang der Tod des Organspenders herbeigeführt wird. Außerdem würde dieses Vorgehen dem Verbot der aktiven Sterbehilfe entgegenstehen. Wenn der Gesetzgeber dem Vorschlag BIRNBACHERS folgen würde, müsste die Definition des Hirntodes im Transplantationsgesetz gestrichen werden. Zum Zwecke der Organgewinnung aus lebenden Hirntoten müsste in diesem Fall die aktive Sterbehilfe legalisiert werden. Ansonsten wäre eine Organentnahme nur noch möglich, wenn Hirntod und Herzstillstand nachgewiesen würden. Das hätte aber zur Folge, dass die funktionsfähigsten Organe für Transplantationszwecke nicht mehr zur Verfügung stehen würden (vgl. MÜLLER 2009, S. 5 - 6).

---

<sup>109</sup> MANZEI meint mit „neuen Modi“ den assistierten Suizid und die aktive Sterbehilfe (vgl. MANZEI 2012, S. 169).



Dennoch ist es weder medizinisch noch ethisch förderlich, die Debatte des Hirntodkonzeptes weiter zu verschleiern. Das Schweigen und Verdrängen dieser Problematik dient nicht den Patienten, die auf der Warteliste für ein Spenderorgan stehen und von dem Versorgungsdefizit der Transplantationsmedizin betroffen sind. Hier steht die Forderung im Raum, offene und sachliche Debatten zu führen, ohne dass moralische Vorwürfe und Schuldgefühle in der Bevölkerung ausgelöst werden.

Denn im Mittelpunkt der Debatte stehen nicht nur die Probleme der Organspende und des Hirntodes. Hierbei geht es um elementare Dinge des Zusammenlebens in der Gesellschaft. Fragen, wie eine Gesellschaft mit Tod und Sterben umgehen will, werden wieder in den Fokus gerückt. Wie wird mit Sterbenden und Kranken umgegangen? Und wie mit gesunden Menschen? Dürfen Begehrlichkeiten geweckt werden, die Menschen moralisch unter Druck setzen, ihre Organe oder Teile davon zu spenden? Welche Folgen könnte das für Partnerschaften oder verwandtschaftliche Beziehungen haben? Welchen Fortschritt in der Medizin wollen wir? Hierbei geht es nicht um Fragen, die von Experten beantwortet werden sollen. Hier geht es darum, offene Debatten, die breit und öffentlich angelegt sind, zu fordern. Diese dürfen sich weder auf Meinungen von Experten beschränken, noch sollen dabei unliebsame Argumente ausgegrenzt werden. Nur dadurch kann verhindert werden, dass in der Bevölkerung Eindrücke entstehen, dass demokratische Prozesse der Willensbildung unterlaufen werden würden (vgl. MANZEI 2012, S. 170).

Mit der Transplantationsmedizin hat sich ein ethisches Dilemma aufgetan. Dieses wird durch die neuen wissenschaftlichen Erkenntnisse zum Hirntod noch deutlicher sichtbar. Hier wird ein Menschenleben gegen ein anderes aufgewogen. Doch diese neuen Erkenntnisse zwingen zum Handeln.

DAVID W. EVANS formuliert das so:

„Das ist es also, was „Hirntod“ in Wirklichkeit ist, nämlich ein durch Kriterien definiertes klinisches Syndrom vor dem Endstadium. Angesichts der Fortschritte, die beim Verstehen der Hirnfunktion, der Fähigkeit des Gehirns zur Regeneration und den Testverfahren gemacht worden sind, kann man erwarten, dass es Zeit ist für eine Abänderung der Kriterien. Mit fortschreitender wissenschaftlicher Erkenntnis werden Messmethoden mit größerer Empfindlichkeit und Genauigkeit entwickelt. Diese können zusammen mit neuen therapeutischen Möglichkeiten eine Korrektur der medizinischen Maßnahmen auf diesem derzeit ungewissen Gebiet erforderlich machen, in einem Ausmaß, das umwälzende Veränderungen zur Folge haben kann. Wie in allen Bereichen des wissenschaftlichen Arbeitens ist es auch hier absolut notwendig, dass alle, die damit zu tun haben, unvoreingenommen und offen bleiben gegenüber diesen Möglichkeiten“ (EVANS 2005, S. 3).

## **5.7 Visionärer Ausblick: Möglichkeiten einer ergebnisoffenen und unabhängigen Beratung zur Organspende und deren Eingliederung in das vorhandene Netz der Beratungsstellen der Sozialen Arbeit**

### Einleitende Gedanken:

Allen Bürgern und Bürgerinnen unseres Staates soll eine selbstbestimmte Entscheidung zur Organspende ermöglicht werden. Das schreibt das neue Transplantationsgesetz vor. Am Ende dieser Masterarbeit stehen nun zwei offene Fragen:

Wer berät ergebnisoffenen zur Organspende-Thematik?

Wo sind Beratungsstellen zu finden, die unabhängig beraten und die auch Aspekte, „[...] die einer Organ- und Gewebespende möglicherweise entgegenstehen könnten“ (DEUTSCHER BUNDESTAG 2012 a, S. 16), die das Transplantationsgesetz fordert, mit einbeziehen? (Siehe Abschnitt 5.2.)

### Gegenwärtige Situation der Aufklärung zur Organspende:

Das Transplantationsgesetz schreibt ausdrücklich vor, dass eine »Aufklärung« stattfinden muss. Aber es ist nicht vorgesehen, dass eine »Beratung« stattfinden muss.

Nach umfangreichen Recherchen (telefonische Nachfrage bei der Techniker Krankenkasse, bei der DSO und der BZgA, beim Gesundheitsamt Meißen, bei einem Krankenhausseelsorger, beim Bundestag - Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN -, und bei verschiedenen Beratungsstellen der Diakonie) kann als Fazit folgendes festgestellt werden:

**Es sind derzeit keine Beratungsstellen vorhanden, die von Bürgern aufgesucht werden können, um sich fachkundig und unabhängig zur Organspendethematik beraten zu lassen.**

Dennoch schreibt das Gesetz vor, dass die Aufklärung umfassend sein soll. Die Krankenkassen sind verpflichtet Aufklärungsmaterial und Organspendeausweise zur Verfügung zu stellen. Wenn offene Fragen bestehen, dann steht die Telefonhotline der BZgA zur Verfügung. Doch dieser telefonische Informationsdienst der BZgA wurde in Zusammenarbeit mit der DSO eingerichtet.

Die DSO ist für die Koordinierung der Organspende in Deutschland verantwortlich. Kritiken, dass die Aufklärung durch die DSO interessengesteuert ist, häufen sich. Und hier steht die Frage im Raum, ob eine Stiftung, die selbst darauf angewiesen ist, dass Organe gespendet werden, diese Aufklärung inhaltlich so durchführen kann, wie es der Gesetzgeber vorschreibt? Wer kontrolliert das?

Für über 80 Millionen Bundesbürger sind insgesamt 13 Mitarbeiter<sup>110</sup> für die Telefonhotline der BZgA in Teilzeit und Vollzeit angestellt, um Fragen zur Organspende zu beantworten. Antworten auf kritische

---

<sup>110</sup> Telefonische Auskunft der Beraterin der kostenfreien Info-Hotline (08009040400) der BZgA am 08.01.2015 von 13.23 Uhr bis 13.57 Uhr an ILONA LESKA.

Fragen zum Hirntodkonzept konnten am Telefon von der befragten Beraterin nicht oder nicht umfassend beantwortet werden. Der Hinweis, selbst im Internet zu recherchieren, wurde dennoch gegeben, nachdem mitgeteilt worden ist, dass eine persönliche Beratung durch das Aufsuchen eines kompetenten Beraters gesetzlich nicht vorgesehen sei.

Auch bei der Krankenkasse erfolgte keine umfassende Telefonberatung. Hier wurde auf das Infotelefon der BZgA verwiesen.

Wo bekommen die Bundesbürger, denen es nicht möglich ist, selbst im Internet zu recherchieren, ihre Informationen her?

Wo können die Menschen, die die umfangreichen Inhalte der Aufklärungsbroschüren nicht verstehen, umfassende Informationen zur Organspende erhalten?

Alle Bürger werden aufgefordert, einen Organspendeausweis auszufüllen. Es ist eine umfassende Aufklärung im Transplantationsgesetz festgeschrieben.

Aber wer klärt die Bevölkerung zur Thematik auf?

Soll eine Aufklärung mit Broschüren, die per Post zugeschickt werden, großen Werbeplakaten und Debatten in Rundfunk- und Fernsehsendungen diese „umfassende Aufklärung“ sein?

An wen können sich die Menschen wenden, die sich mit dem Gedanken tragen, eine Niere oder einen Teil ihrer Leber einem nahe stehenden Menschen zu spenden?

Welche gesundheitlichen Risiken sind dabei zu erwarten?

Wer kann ihre Fragen beantworten, ihre Sorgen und Bedenken verstehen?

Wer kann ihnen sagen, an wen sie sich weiterwenden können?

Ab dem 14. Lebensjahr dürfen Jugendliche einer Organspende widersprechen.

Ab dem 16. Lebensjahr sollen die Jugendlichen einen Organspendeausweis ausfüllen.

Doch in den Lehrplänen der Schulen ist das Organspendethema nicht verpflichtend enthalten.

Wenn pädagogische Fachkräfte es dennoch in ihr Unterrichtsgeschehen mit aufnehmen wollen, weil sie die Notwendigkeit einer ergebnisoffenen Aufklärung ihrer Schüler erkennen, drängt sich die Frage auf, wer ihnen das dafür notwendige Wissen vermittelt und wer ihnen geeignetes Unterrichtsmaterial zur Verfügung stellen kann. Wo werden entsprechende Weiterbildungen für Lehrkräfte angeboten?

Hier bleiben viele Fragen unbeantwortet.

Es ist vorgesehen, dass zukünftig auf dem Speicherchip der Krankenversicherungskarte der persönliche Wille zur Organspende dokumentiert werden soll. Jeder Bundesbürger soll sich mit der Thematik vorher auseinandersetzen.

Deshalb ist es erforderlich, dass neben der bisherigen »Aufklärung« eine umfassende, ergebnisoffene und unabhängige »Beratung« angeboten wird,

„um den Bürgerinnen und Bürgern eine informierte und selbstbestimmte Entscheidung zu ermöglichen, [...]“ (DEUTSCHER BUNDESTAG 2012 a, S. 16).

Was unter „Beratung“ zu verstehen ist, wird nachfolgend erläutert.

Wir alle beraten uns gegenseitig. In der Familie, mit Freunden und Kollegen kommen wir täglich ins Gespräch. Dabei sprechen wir über Probleme, Konflikte, Belastungen oder aber auch über alltägliche Dinge. Durch diesen Kontakt bauen wir eine Beziehung auf. Es wird von einer *sozialen Interaktion* gesprochen.

In der Sozialen Arbeit ist die „Beratung“ eine *eigenständige Methode*, die in der Praxis in Beratungsstellen, Sprechstunden oder in aufsuchenden Formen angewendet wird. Beratung zieht sich als Methode durch viele Hilfeformen wie Pflege, Einzelfallhilfe, Betreuung, sozialpädagogische Bildungsmaßnahmen und Gemeinwesenarbeit. Sie richtet sich auf emotionale, kognitive und helfende Problembewältigung. Berater unterstützen Menschen, die Rat suchen. Sie können durch ihr Wissen Orientierung und Klarheit vermitteln und bei der Bearbeitung und Bewältigung von Problemen behilflich sein. Dadurch sollen Schwierigkeiten reduziert werden.

Sozialpädagogische Beratung soll die Eigenkompetenzen der Ratsuchenden fördern, um sie zu befähigen, Probleme selbst lösen zu können. Während des Beratungsprozesses kann der Berater sich von der individuellen Lebenssituation ein Bild verschaffen, um mögliche Lösungswege zu finden. Teilziele können besprochen und reflektiert, Hilfe und Unterstützung kann angeboten werden. Sie gibt Anregungen, um selbstbestimmte Entscheidungen in eigener Verantwortung treffen zu können und achtet die Autonomie des Klienten (vgl. NESTMANN, SICKENDIEK 2005, S. 140, 141).

An diesen Ausführungen wird ersichtlich, dass eine „Aufklärung“ zur Organspendethematik nicht allein durch das Zusenden von Informationsbroschüren und einer installierten Telefonhotline erfolgen kann. Es ist dringend notwendig, dass eine fachkompetente „Beratung“ für alle Bürger zur Verfügung steht.

Um diese Beratungsstellen zu neu zu schaffen, müssten zeitnah politische Entscheidungen getroffen werden.

Da derartige Beratungsstellen gegenwärtig nicht existieren und ein großer Aufklärungsbedarf zum Thema der Organspende vorliegt, gilt es, diese große Lücke zu schließen.

**Wie eine ergebnisoffene und unabhängige Beratung zur Organspende erfolgen könnte und wo diese auf dem Arbeitsfeld der Sozialen Arbeit integriert werden kann, zeigt anschließend ein visionärer Ausblick auf.**

Die beiden Wohlfahrtsverbände, der „Deutsche Caritasverband“ und die „Diakonie Deutschland“ bieten eine vorwiegend aus kirchlichen Eigenmitteln finanzierte, „Allgemeine Sozialarbeit“ an. Diese Eigenmittelfinanzierung bildet derzeit die Grundlage für eine unabhängige Beratungstätigkeit. Über projektbezogene Gemeinwesenarbeit und die Einwerbung von Fremdmitteln wird diese zum Großteil finanziert. Des Weiteren stehen Gelder auf Stadt-, Landkreis-, Länder-, Bundes- und Europaebene zur Verfügung. Fremdmittel aus Stiftungen, Privatvermögen und aus der Wirtschaft werden zunehmend bedeutsamer. Diese Gesamtfinanzierung schafft die Möglichkeit von unabhängiger Öffentlichkeitsarbeit und sozialpolitischer Einmischung und ermöglicht ein flexibles Arbeiten (vgl. Diakonisches Werk 2007, S. 22, 32).

Da diese beiden großen Wohlfahrtsverbände über gute Rahmenbedingungen der gemeinwesenorientierten Arbeit verfügen und bereits ein großflächiges Angebot von „Allgemeiner Sozialberatung“ in Deutschland anbieten, wäre es denkbar, die Beratung zur Organspende dort einzugliedern. Weil die Beratungstätigkeit des Fachpersonals ganzheitlich ausgerichtet ist, sind die vorhandenen Strukturen sehr gut geeignet, diese weitere Beratungsaufgabe zu übernehmen. Die Zusammenarbeit mit den jeweiligen Kirchgemeinden bietet die Möglichkeiten weiterer Vernetzungen. Um die Beratung zur Organspende integrieren zu können, müssten die Rahmenkonzeptionen entsprechend verändert und ergänzt werden (vgl. Diakonisches Werk 2007, S. 22).

Die Beratungsstellen der „Allgemeinen Sozialberatung“ sind in keiner Weise in die Strukturen von Organspendeprozessen integriert, so dass eine unabhängige und ergebnisoffene Beratung stattfinden kann. Dennoch muss strikt darauf geachtet werden, dass keine Abhängigkeitsverhältnisse entstehen können, damit diese unabhängige Beratungstätigkeit weiterhin abgesichert ist.<sup>111</sup>

---

<sup>111</sup> Unter der Trägerschaft dieser Wohlfahrtsverbände arbeiten auch Krankenhäuser, die an Prozessabläufen der Organspende beteiligt sind. Alle Kliniken sind aufgerufen, Hirntoddiagnosen sofort an die DSO zu melden. Die Frage, ob eine Organspendebereitschaft besteht, wird den nahen Angehörigen gestellt. Kliniken erhalten eine Pauschalfinanzierung, wenn einer Organspende zugestimmt wird. Weitere zusätzliche Zahlungen erfolgen nach erfolgreich stattgefundenen Organentnahmen.

Die sogenannten Spenderkliniken werden von den Krankenkassen nach einem Modulsystem für ihre Dienstleistungen vergütet. Bei Hirntoten werden für das Aufrechterhalten des Kreislaufs 1.350 Euro gezahlt. Für eine Multiorganentnahme erhält die Klinik 3.587 Euro und für die Entnahme eines Organs 2.226 Euro. Dabei gelten zwei Nieren als ein Organ. Wenn die Intensivbehandlung des potenziellen Organspenders wegen der Ablehnung einer Organspende beendet wird, werden 213 Euro gezahlt. Erfolgt dagegen eine Zustimmung und die Intensivbehandlung wird abgebrochen, auch, wenn keine Organspende vorgenommen werden kann, erhält das Entnahmekrankenhaus 1.351 Euro. Erfolgt der Abbruch dagegen erst später im Operationssaal, bekommt das Krankenhaus 2.226 Euro vergütet (vgl. GOETTLE 2011, S. 10).

Deshalb muss sicher gestellt sein, dass die Beratungsstrukturen so aufgebaut sind, dass sie finanziell nicht von einer Organspendebereitschaft profitieren und nicht in finanzielle Abhängigkeiten geraten können. Staatliche Kontrollinstanzen, die das regelmäßig überprüfen, sollten installiert werden.

Die in den Beratungsstellen der „Allgemeinen Sozialberatung“ tätigen Sozialpädagogen oder Sozialarbeiter besitzen hochqualifizierte Studienabschlüsse und teilweise auch theologische Zusatzqualifikationen. Durch entsprechende Weiterbildungen können sie sich das Wissen zur Organspendethematik aneignen und eine diesbezügliche Beratung in ihre Tätigkeit aufnehmen. Einige der dazu bereits qualifizierten Berater können seelsorgerische Aufgaben übernehmen, um in akuten Situationen diesem Bedarf an Gesprächen nachkommen zu können. Weitere Personalstellen seitens der Träger können neu geschaffen werden. Hier sind politische Entscheidungen notwendig, damit keine Finanzierungslücken entstehen.

Um eine Aufklärung und Beratung zur Organspende leisten zu können, ist es wichtig, dass ein Berater dieses Thema für sich selbst aufgearbeitet und einen Standpunkt gefunden hat. Dadurch ist es ihm möglich, nicht nur das nötige Fachwissen zu vermitteln. Wenn ein Berater für sich selbst den Weg der Entscheidungsfindung erlebt hat, ist er in der Lage, das „Für“ und „Wider“ zur Organspende anderen aufzuzeigen. Er selbst kann nachempfinden, dass der Prozess, in dem neue Informationen und dabei aufkommende Emotionen verarbeitet werden, Zeit benötigt. Religiöse Weltanschauungen, Überzeugungen und persönliche Lebensumstände fließen dabei mit ein. Neben einem Empathievermögen werden auch pädagogische Fähigkeiten des Beraters vorausgesetzt, damit umfangreiches Wissen zur Organspende in den jeweiligen Beratungskontexten individuell angepasst, flexibel und anschaulich vermittelt werden kann.

#### Wo soll die Beratung erfolgen?

- Die bisherigen Beratungsstellen der „Allgemeinen Sozialberatung“ können als Anlaufstellen für Ratsuchende genutzt werden. (Räumliche Gegebenheiten müssten bei Bedarf entsprechend erweitert werden.)
- Die Beratung kann unter fachlicher Begleitung bei Bedarf auch in anderen Örtlichkeiten stattfinden. (Das können beispielsweise Schulen, Kirchgemeinden, Hochschulen, Universitäten, Gemeinde- und Selbsthilfegruppen sein.)

#### Welche Inhalte sollen während der Beratung vermittelt werden?

- Die zu vermittelnden Inhalte richten sich nach den im Transplantationsgesetz festgeschriebenen Aspekten, die in vorliegender Masterarbeit auch benannt sind.  
(Siehe Abschnitt 5.2.)

#### Welche Ziele sollen mit der Beratung erreicht werden?

- Die Aufklärung zur Organspende soll durchgeführt werden:  
„Um den Bürgerinnen und Bürgern eine informierte und selbstbestimmte Entscheidung zu ermöglichen, [...]“ (DEUTSCHER BUNDESTAG 2012 a, S. 16).  
(Siehe Abschnitt 5.2.)
- Durch die Aufklärung soll:  
„[...] der bestehende Abstand zwischen der hohen Organspendebereitschaft in der Bevölkerung (rund 75 Prozent) und dem tatsächlich dokumentierten Willen zur Organspende (rund 25 Prozent) verringert werden, ohne die Entscheidungsfreiheit des Einzelnen durch eine Erklärungspflicht einzuschränken“ (DEUTSCHER BUNDESTAG 2012 a, S. 4).
- Die Bürger sollen ihren Willen zur Organspende auf einem Organspendeausweis dokumentieren.
- Die Organspendebereitschaft soll gefördert werden (vgl. DEUTSCHER BUNDESTAG 2012 a, S. 3).

#### Wie soll Beratung erfolgen?

- Was der Gesetzgeber zur Aufklärung im Transplantationsgesetz im § 2 Absatz 1 fordert, muss gewährleistet werden:  
„Die Aufklärung hat die gesamte Tragweite der Entscheidung zu umfassen und muss ergebnisoffen sein“ (DEUTSCHER BUNDESTAG 2013, S. 4).  
(Siehe Abschnitt 5.2.)
- Die Beratung soll zielgruppenübergreifend und in der Struktur flexibel sein.
- Sie kann als Einzel- oder Gruppenberatung erfolgen.

In Abhängigkeit der jeweiligen Beratungssituationen sind Differenzierungen der Beratungsgespräche notwendig. Sie sollen sich an der Lebenswelt der Ratsuchenden orientieren. So ist es beispielsweise erforderlich, dass komplexe Informationen zur Organspende in einfacher Sprache für benachteiligte Menschen übermittelt werden müssen, um verstanden zu werden. Es gilt, diesen Personen und Gruppen besondere Aufmerksamkeit zu schenken, denn meist können diese nur über „aufsuchende Arbeit“ erreicht werden. Geeignete Beteiligungsstrukturen, die sich am lebensraumbezogenen Bedarf orientieren, sind dafür im Gemeinwesen zu entwickeln (vgl. Diakonisches Werk 2007, S. 28, 29).

Das Mitwirken an Vernetzungs- und Koordinationsaufgaben und das Initiieren von Projekten gehören ebenfalls zum Aufgabengebiet. Für dieses gemeinwesenorientierte Handeln können bereits vorhandene Strukturen genutzt und neue errichtet werden.

Dabei sollen die tätigen Sozialarbeiter und Sozialpädagogen Begegnungen organisieren, Kommunikationsbarrieren abbauen und Gespräche anregen. Prozesse sollen strukturiert und durch kooperatives Handeln begleitet werden. Bei der Mitwirkung an Koordinations- und Vernetzungsaufgaben muss generell geklärt werden, in welcher Funktion und in welcher Rolle die jeweiligen Mitarbeiter tätig sind. (Das kann beispielsweise als Leistungsanbieter mit eigenem Projekt, als fachliche Beratung ohne Verantwortung für das stattfindende Projekt oder als beteiligter kooperativer Partner in einer komplexeren Projektstruktur sein.)

Unterstützung können sich bildende Selbsthilfegruppen erhalten. Geeignete Beteiligungsstrukturen sollen für alle Bürger geschaffen und die von Ausgrenzung betroffenen Menschen einbezogen werden (vgl. Diakonisches Werk 2007, S. 24, 26, 27, 28).

Für die Umsetzung dieses komplexen gemeinwesenorientierten Handelns stehen vielfältige Methoden und Techniken zur Verfügung. Hier wird deutlich, dass dieses professionelle Handeln weitreichende Kompetenzen und eine hohe Fachlichkeit voraussetzt, das nur von qualifiziertem Personal erbracht werden kann (vgl. Diakonisches Werk 2007, S. 31, 32).

Zum Aufgabenbereich gehört auch die Öffentlichkeitsarbeit durch das Einbeziehen von Presse und Medien.

#### Wer soll beraten werden?

- Alle Bürger, die eine Beratung zur Organspende in Anspruch nehmen möchten, sollen beraten werden.
- Ab dem achten Schuljahr sollte das Thema in die Lehrpläne aller Schularten flächendeckend aufgenommen werden. Pädagogen sollen Anregungen zur Unterrichtsgestaltung und geeignetes Unterrichtsmaterial für ihre Lehrtätigkeit erhalten können. Die Ausgestaltung gemeinsamer schulischer Kooperationsprojekte könnte mit den in den Beratungsstellen tätigen Sozialpädagogen und Sozialarbeitern geplant und umgesetzt werden.
- Neben der allgemeinen Beratung zur Organspendethematik sollen auch die Menschen eine Beratung erhalten können, die als Betroffene eine Beratung wünschen.



Dazu gehören:

- Menschen, die bereits ein Spenderorgan erhalten haben,
- Menschen, die sich mit dem Gedanken tragen, eine Niere oder einen Teil der Leber einem nahen Angehörigen zu spenden,
- Menschen, die auf der Warteliste für ein Spenderorgan stehen und
- Menschen, die eingewilligt haben, dass bei einem hirntoten Angehörigen die Organe entnommen werden durften.
- Menschen, die in einer akuten Situation<sup>112</sup> stehen, weil sie die Nachricht einer Hirntoddiagnose eines Angehörigen erhalten haben und unter Zeitdruck entscheiden sollen, ob Organe gespendet werden dürfen.

Für diesen Personenkreis der Ratsuchenden kann es notwendig sein, dass Seelsorger, Ärzte oder Psychologen in den Beratungsprozess einbezogen werden müssen, wenn eine Akutsituation das erfordert. (Ein entsprechendes Notfallnetz sollte dafür eingerichtet werden.)

Den in diesem Arbeitsgebiet der Sozialen Arbeit tätigen Beratern sollen regelmäßige Supervisionen und Weiterbildungsmöglichkeiten angeboten werden.

Um diese Vision einer unabhängigen Beratung für die Bürgerinnen und Bürger zur Organspendethematik in die Realität umsetzen zu können, sind politische Entscheidungen notwendig.

**Erst, wenn eine Unabhängigkeit der Beratungstätigkeit geschaffen ist, wird es möglich sein, dass die Beratung zur Organspende für die Bürgerinnen und Bürger umfassend und ergebnisoffen stattfinden kann.**

---

<sup>112</sup> Beratungsgespräche, die mit den Angehörigen nach dem Überbringen einer zu erwartenden Hirntoddiagnose oder eines bereits diagnostizierten Hirntodes stattfinden, werden gegenwärtig meistens von sogenannten Transplantationsbeauftragten der DSO auf den Intensivstationen der Krankenhäuser geführt.

Der geschäftsführende Arzt Dr. BÖSEBECK der DSO-Region Bayern äußert folgende Grundhaltung zum Ziel der Angehörigengespräche: „Die Haltung der DSO kann nicht wirklich ergebnisoffen sein, sie ist aber entscheidungsoffen, indem sie jede Entscheidung der Angehörigen akzeptiert“ (BÖSEBECK 2008, S. 503).

Zur gleichen Frage gab DSO-Vorstand GÜNTER KIRSTE im „Bericht zur Situation der Transplantationsmedizin zehn Jahre nach Inkrafttreten des Transplantationsgesetzes“ folgende Antwort: „Die Gespräche, die DSO-Koordinatoren und/oder der behandelnde Arzt führen, sind nicht ergebnisoffen, aber selbstverständlich **entscheidungsoffen** (die getroffene Entscheidung ist zu respektieren)“ (KIRSTE 2008, S. 568).

Die Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN befragte im Jahr 2012 die Bundesregierung zu oben genannten Äußerungen KIRSTES und BÖSEBECKS, wonach die Angehörigengespräche nicht ergebnisoffen geführt werden. Die Stellungnahme der Bundesregierung lautet wie folgt: „Die Bundesregierung hält es mit der Intension des TPG für nicht vereinbar, wenn Angehörigengespräche zielgerichtet daraufhin geführt werden, eine Zustimmung zur Organspende zu erhalten“ (DEUTSCHER BUNDESTAG 2012 b, S. 4).

Diese Grundhaltung der DSO zu den Durchführungen der Angehörigengespräche stehen nicht im Einklang mit der Auffassung der Bundesregierung und mit dem Transplantationsgesetz § 2 Absatz 1, wonach die Aufklärung ergebnisoffen sein muss. (Siehe Abschnitt 5.2.)

(Siehe im Anhang die Betroffenenberichte der Abschnitte 8.1.1; 8.1.2 und 8.1.5.)

## 6                    **Abschlussgedanken**

Die Auseinandersetzung mit Krankheit, Sterben und Tod wird häufig verdrängt. Wer sich aber mit dem Thema der Organspende beschäftigt, wird damit unweigerlich konfrontiert. Auch wenn in vorliegender Masterarbeit die Perspektiven der Menschen, die auf ein Spenderorgan warten, wenig ausgeführt werden, treffen deren Ängste und Hoffnungen unser Innerstes. Menschen, deren Organe nur noch eingeschränkt funktionieren oder die durch Krankheit ihren Dienst ganz versagen, sind oft lange Leidenswege gegangen. Hier greifen Ausweglosigkeit und Verzweiflung um sich. Fragen, wie das Leben weitergeführt werden kann, finden keine Antworten. Wenn Kinder betroffen sind, sind unsere Sprachlosigkeit und unser Mitgefühl besonders groß.

Die Verpflanzung eines gespendeten Organs scheint dann oft der einzige Ausweg zu sein, weiterleben zu können. Aus diesem Grund wird mit dem neu geregelten Transplantationsgesetz erwartet, dass jeder die Bereitschaft aufbringt, sich mit dem Thema der Organspende zu befassen, abzuwägen und sich zu entscheiden. Unsicherheiten und Ängste können bei der Entscheidungsfindung Raum einnehmen. Die Antwort, ein klares „Ja“ oder „Nein“ zu sagen, ist nicht einfach. Und auch eine Enthaltung verlangt Respekt.

(Unter 8.2 ist ein Leitfaden zu finden, der die persönliche Entscheidungsfindung erleichtern kann.)

Weltweit wird der Hirntod juristisch mit dem Tod des Menschen gleichgesetzt. Dadurch ist die Legitimation zur Organentnahme zu Transplantationszwecken möglich. Aber dürfen neue wissenschaftliche Forschungsergebnisse, die das gültige Hirntodkonzept infrage stellen und sogar widerlegen, weiter unbeachtet bleiben?

Wann der Sterbeprozess eines hirntoten Menschen abgeschlossen ist, kann auch eine juristisch geltende Hirntoddefinition nicht festlegen. Aus diesem Grund muss die Situation dieser sterbenden Menschen Berücksichtigung finden.

Was der bekannte Philosoph HANS JONAS bereits 1968 geschrieben hatte, ist auch heute wieder aktuell (vgl. REHDER 2010, S. 151):

„Die Grenzlinie zwischen Leben und Tod ist nicht mit Sicherheit bekannt, und eine Definition kann Wissen nicht ersetzen. Der Verdacht ist nicht grundlos, dass der künstlich unterstützte Zustand des komatösen Patienten immer noch ein Restzustand von Leben ist. Das heißt, es besteht Grund zum Zweifel daran, dass selbst ohne Gehirnfunktion der atmende Patient vollständig tot ist. In dieser Lage des unaufhebbaren Nichtwissens und vernünftigen Zweifels besteht die einzig richtige Maxime für das

Handeln darin, nach der Seite vermutlichen Lebens hinüberzulehnen“ (JOHNAS 1968, zit. n. REHDER 2010, S. 151 - 152).

Gegenwärtig äußern viele Wissenschaftler und Mediziner ihre Zweifel am Hirntodkonzept. Immer noch wird versucht, diesen lauter werdenden Stimmen keinen öffentlichen Raum zu geben. Barrieren der Zugänglichkeit wissenschaftlicher Forschungsergebnisse sind durch die Möglichkeiten des Internets längst durchbrochen. Und es scheint, dass wegen der öffentlich gewordenen Skandale von Manipulationen in den Prozessabläufen der Transplantationsmedizin die Bevölkerung für das Thema der Organspende sensibilisiert ist.

So ist es jetzt an der Zeit, dass neue wissenschaftliche Erkenntnisse und medizinische Behandlungsmöglichkeiten von hirnverletzten Patienten, die im Abschnitt 2.3.1 von CICERO GALI COIMBRA und YOSHIO WANATABE während des Kongresses am 09.11.2012 in Amersfoort konkret benannt worden sind, weltweit im Klinikalltag Anwendung finden können. (Das betrifft die Problematik einer ischämischen Penumbra, den Apnoetest, das sofortige Absenken der Körpertemperatur, das Kontrollieren des Schilddrüsenhormonspiegels und eine Verabreichung eventuell notwendiger Schilddrüsenhormonpräparate bei Hirnverletzungen.)

Der Zustand einer „ischämischen Penumbra“ kann durch eine vorzeitig gestellte Hirntoddiagnose trotz apparativer Diagnostik verkannt werden.

Ein Zitat von PAUL A. BYRNE unterstreicht diese Brisanz:

„In der Medizin schützen, erhalten und verlängern wir das Leben und schieben den Tod hinaus. Unser Ziel ist es, Körper und Seele in Einklang zu halten. Das Versagen eines vitalen Organs kann den Tod zur Folge haben. Andererseits kann das medizinische Eingreifen manchmal die Funktion des geschädigten Organs wiederherstellen, oder medizinische Geräte (wie Herzschrittmacher oder Herz-Lungen-Maschinen) können das Leben erhalten. Die Feststellung, dass das Gehirn oder ein anderes Organ die Funktion einstellt, ist an sich kein Anzeichen dafür, dass das betreffende Organ zerstört ist und noch viel weniger ein Anzeichen für den Tod dieses Menschen“ (BYRNE 2005, S. 1).

Auf internationaler Ebene sollte die wissenschaftliche Zusammenarbeit zur gesamten Hirntodthematik ausgebaut und gefördert werden, damit zukünftig optimale Therapiemöglichkeiten schnell eingeführt und Behandlungsfehler vermieden werden können.

Die in der Masterarbeit benannten Erkenntnisse sollten auch umgehend in die Behandlungsrichtlinien der BÄK einfließen. Entsprechende Korrekturen der jetzt gültigen Richtlinien müssten vorgenommen

werden, um bekannte Therapiemöglichkeiten auszuschöpfen, die das Leben hirnverletzter Menschen retten können. Fachspezifische Weiterbildungsmöglichkeiten für behandelnde Ärzte sind notwendig, um neue Therapien zu erlernen und Falschdiagnosen zu vermeiden.

Es ist unverständlich, warum der Einsatz von apparativer Diagnostik zur Hirntodfeststellung in Deutschland nicht vorgeschrieben ist. Die Studie der Newark Universitätsklinik, die im Abschnitt 2.3.1 vorgestellt worden ist, belegt, dass Ergebnisse der klinischen und apparativen Hirntoddiagnostik um elf Prozent voneinander abgewichen sind. Die Tätigkeit der mobilen Konsiliarteams der DSO wird im gleichen Abschnitt beschrieben. HERMANN DEUTSCHMANN stellte bei angeforderten Einsätzen sogar Abweichungen von 30 Prozent zur Erstdiagnostik fest. Obwohl diese erheblich hohen Fehlerquoten vorliegen, sind die mobilen Konsiliarteams, die apparative Hirntoddiagnostiken in kleineren Kliniken durchführen konnten, abgeschafft worden. Die apparative Diagnostik des Hirntodes ist bis zum gegenwärtigen Zeitpunkt in Deutschland immer noch nicht verpflichtend vorgeschrieben.

Wer sich entscheidet, im Falle eines Hirntodes seine Organe zu spenden, kann erwarten und muss darauf vertrauen können, dass das medizinisch Machbare dafür getan wird, sein Leben weiter zu erhalten. Eine exakte Hirntoddiagnostik sollte mit moderner apparativer Technik von kompetenten Fachärzten erst dann durchgeführt werden, wenn zu einem Zeitpunkt eine Ausweglosigkeit der Genesung bei einer Hirnverletzung sicher scheint. Eine Falschdiagnose muss ausgeschlossen werden. Um den Apnoetest durchführen zu können, dürfen vorher keine starken Schmerzmittel verabreicht worden sein. Das heißt konkret, dass hirnverletzten Menschen diese Medikamente vorenthalten werden, einzig aus dem Grund, sie diesem Apnoetest zu unterziehen. Da dieser Test nicht der gesundheitlichen Genesung dient und daher keinerlei Nutzen für den Hirnverletzten hat, dieser Test sein Leben sogar weiter gefährden kann, müsste er schnellstens aus den Kriterien zur Vorgehensweise der Hirntoddiagnostik gestrichen werden.

Neueste wissenschaftliche Forschungsergebnisse sagen aus, dass Hirntote sich im Sterbeprozess befinden, welcher zum Zeitpunkt einer Organentnahme noch nicht abgeschlossen ist. Niemand kann gegenwärtig beweisen, dass Hirntote keine Schmerzen mehr wahrnehmen können. Viele Indizien, die in der Masterarbeit benannt worden sind, weisen aber darauf hin. Da diese Hinweise bekannt sind, kann erwartet werden, dass auch in Deutschland bei Explantationsvorgängen zwingend Narkosemittel verabreicht werden, wie sie beispielsweise in der Schweiz vorgeschrieben sind.

Wenn von Transparenz und rückhaltloser Offenheit zur Thematik der Organspende gesprochen wird, um das Vertrauen der Bevölkerung zu gewinnen und die Organspendebereitschaft zu erhöhen, dann dürfen auch diese Fakten nicht unbenannt bleiben.

Wer einen Organspendeausweis ausfüllt und seine Spendebereitschaft darauf dokumentiert, sollte genau wissen, was es bedeutet, hirntot zu sein. Jedem sollte bewusst sein, dass der Sterbeprozess erst mit der Organentnahme ein Ende findet und dass eine Sterbebegleitung bis zum letzten Atemzug seiner Familie verwehrt bleibt. Ob die nächsten Angehörigen mit dieser Tatsache den Trauerprozess gut verarbeiten können, das kann jeder im engsten Familienkreis vorher besprechen.

Eine Aufklärung der Bevölkerung zur Organspende wird nicht gelingen können, wenn nur Organspendeausweise und bunt bebilderte Aufklärungsbroschüren per Post versendet und große Werbeplakate auf Schautafeln angebracht werden. Hier ist eine umfassendere Aufklärung nötig, wie sie beispielsweise im Abschnitt 5.7 als Vision ausformuliert worden ist. Es ist dringend notwendig, dass Beratungsstellen geschaffen werden, die eine unabhängige und ergebnisoffene Beratung der Bevölkerung gewährleisten können. Hier eröffnet sich ein weiteres Arbeitsfeld der Sozialen Arbeit, das in die Gemeinwesenarbeit integriert werden kann und in dem hochqualifizierte Sozialpädagogen als Berater tätig sein können.

Damit die im Transplantationsgesetz ausformulierte Aufklärung, die die

„...gesamte Tragweite der Entscheidung zu umfassen [hat] und ... ergebnisoffen sein [muss]“ (DEUTSCHER BUNDESTAG 2013, S. 4),

umgesetzt werden kann, sind politische Entscheidungen notwendig. Erst dann wird es gelingen können,

„...den Bürgerinnen und Bürgern eine informierte und selbstbestimmte Entscheidung zu ermöglichen“ (DEUTSCHER BUNDESTAG 2012 a, S. 16).

Eine wichtige Voraussetzung zur Beratungstätigkeit auf dem Arbeitsfeld der Sozialen Arbeit zu dieser Thematik möchte ich hier noch einmal ausdrücklich erwähnen. Die in diesem Bereich tätigen Berater müssen neben einem qualifizierten Studienabschluss ein hohes Fachwissen zur Gesamthematik besitzen und für sich selbst einen festen Standpunkt zum Thema der Organspende gefunden haben. Die Tätigkeitsstrukturen, in der diese Berater tätig sein sollen, müssen so angelegt sein, dass garantiert ist, dass eine wirklich unabhängige und ergebnisoffene Beratung durchgeführt werden kann. Um diese Unabhängigkeit, die eine Voraussetzung für eine ergebnisoffene Beratung ist, sicherzustellen, sollten Kontrollinstanzen geschaffen werden, die das regelmäßig nachprüfen.

Wenn aus wissenschaftlichen Forschungsergebnissen nicht die nötigen Konsequenzen gezogen werden, kann das fatale Folgen nach sich ziehen, die für unsere Gesellschaft heute noch nicht absehbar sind. Denn wie ALEXANDRA MANZEI im Abschnitt 5.6 sagt, geht es hierbei um elementare Dinge des Zusammenlebens in der Gesellschaft. Nicht alles, was medizinisch machbar ist, ist ethisch erlaubt.

AXEL W. BAUER, der Heidelberger Medizinethiker, formuliert dazu folgendes:

„So verständlich die patientenzentrierte Sichtweise auf das Thema Organtransplantation auch sein mag, so deutlich muss doch aus ethischer Perspektive vor einer Blickverengung gewarnt werden, bei der die Besonderheit dieses Therapieverfahrens nicht mehr beachtet würde: Menschliche Organe sind keine Heilmittel oder Medizinprodukte im üblichen Sinn, die industriell gefertigt und nach den marktwirtschaftlichen Regeln von Angebot und Nachfrage in den Warenverkehr gebracht werden können. Einen rechtlichen oder aber auch nur einen moralischen Anspruch auf die Überlassung von fremden Organen, die konstitutiver Teil einer anderen Person waren oder sind, kann es um der Würde des Menschen willen, die auch die Würde des Organspenders und unser aller Würde mit umfasst, nicht geben. Insofern müssen sich Medizin und Gesellschaft bei allem Fortschrittsoptimismus auf diesem Feld auch künftig in eine gewisse Selbstbegrenzung ihrer Wünsche fügen“ (BAUER 2007, zit. n. REHDER 2010, S. 150).

Der wachsenden Nachfrage an transplantierbaren Organen kann nicht dadurch nachgegangen werden, dass Tod und Leben so definiert sind, dass die Interessen der medizinischen Machbarkeit befriedigt werden (vgl. REHDER 2010, S. 151).

Wir alle haben ein Recht darauf zu leben<sup>113</sup>. Ein Recht auf Gesundheit<sup>114</sup> gibt es nicht. Gesundheit können wir als wertvolles Geschenk annehmen und durch eine gesunde Lebensführung selbst dazu beitragen, dass sie uns möglichst lange erhalten bleibt.

Durch eine gezielte Förderung von Präventionsmaßnahmen gegen Hepatitis, Übergewicht, Medikamenten- und Drogenmissbrauch könnte die Gesundheit vieler Menschen weiter erhalten bleiben, deren Organe ihre Funktionsfähigkeit durch eine ungesunde Lebensweise verlieren.

Wir haben ein Recht auf medizinische Behandlung<sup>115</sup>. Oftmals können dadurch Krankheiten geheilt werden. Aber ein Recht oder einen Anspruch auf ein Organ eines anderen Menschen gibt es nicht, auch, wenn ein fremdes Organ durch eine Transplantation ein Menschenleben verlängern kann.

Doch das Lebensrecht eines hirntoten Menschen, der noch nicht tot ist und sich im Sterben befindet, ist höher zu bewerten, als der Wunsch nach einem längeren Leben.

---

<sup>113</sup> Das Recht auf Leben ist im Grundgesetz im Artikel 2 Absatz 2 wie folgt festgeschrieben: „Jeder hat das Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit. Die Freiheit der Person ist unverletzlich. In diese Rechte darf nur aufgrund eines Gesetzes eingegriffen werden“ (DEUTSCHER BUNDESTAG 2015, o. S.).

<sup>114</sup> Mit der „Ottawa-Charta“ von 1986 wurde ein Dokument unterzeichnet, das dazu aufruft, aktiv für das Ziel „Gesundheit für alle“ zu handeln. Gesundheitsfördernde Maßnahmen sind darin festgeschrieben worden (vgl. euro.who.int 2015, S. 1).

<sup>115</sup> Das Recht auf ärztliche Versorgung wurde in der Deklaration von Lissabon 1981 in der 34. Generalversammlung des Weltärztebundes verabschiedet (vgl. bundesaerztekammer.de 2015, o. S.).

Im Grundgesetz ist das Recht auf körperliche Unversehrtheit im Artikel 2 Absatz 2 festgelegt. (Siehe Fußnote 113.)

Die Rechte der medizinischen Behandlung sind im V. Sozialgesetzbuch festgeschrieben.

## 7 Literatur- und Quellenverzeichnis

**aerzteblatt.de** (Hg.) (2013): Patientenverfügung und Organspendeerklärung: Orientierung für Konfliktsituationen. In: aerzteblatt.de vom 19.03.2013 (Dtsch Arztebl 2013; 110(12): A-572 / B-508 / C-508)

<http://www.aerzteblatt.de/nachrichten/53784/Patientenverfuegung-und-Organspendeerklaerung-Orientierung-fuer-Konfliktsituationen>

verfügbar am 19.12.2014; Uhrzeit: 22.20 Uhr

**aerzteblatt.de** (Hg.) (2014): Kurskorrektur bei der DSO: „Allgemeine Aufklärung ist nicht unsere Aufgabe“. In: aerzteblatt.de vom 04.11.2014

<http://www.aerzteblatt.de/nachrichten/60728>

verfügbar am 09.01.2015; Uhrzeit: 17.17 Uhr

**ALEXE, THILO** (2014): Organspende auf dem Tiefpunkt. Mausechelen bei Transplantationen verunsichern viele Spender. Steigen jetzt die Wartezeiten für Herz oder Leber? In: Sächsische Zeitung. Jahrgang 69, Nummer 13, vom 16.01.2014

**BAHR, DANIEL** (2012): Statement zur Novelle des Transplantationsgesetzes. In: Deutsche Stiftung Organtransplantation (Hg.) Kongressband zum 8. Jahreskongress der Deutschen Stiftung Organtransplantation vom 22. bis 23.11.2012 in Berlin. S. 21

**BALKENOHL, MANFRED** (2009): Der Eid des Hippokrates.

2. Aufl. Abtsteinach: Derschneider Verlag

**BARTENS, WERNER; BERNDT, CHRISTINA** (2014): Geringe Bereitschaft zur Organspende in Deutschland. Nein, meine Niere geb' ich nicht! Gesundheit. Süddeutsche.de, vom 19.11.2013

<http://www.sueddeutsche.de/gesundheit/geringe-bereitschaft-zur-organspende-nein-meine-niere-geb-ich-nicht-1.1817047>

verfügbar am 21.05.2014; Uhrzeit: 20.12 Uhr

**BAUREITHEL, ULRIKE; BERGMANN, ANNA** (2001): Herzloser Tod. Das Dilemma der Organspende. 2. Aufl. Stuttgart: Klett-Cotta

**BECKMANN, RAINER** (2010): Der Hirntod: kein sicheres Todeszeichen!

In: LEBEBSFORUM (Hg.) (Zeitschrift der Aktion Lebensrecht für Alle e.V., in Zusammenarbeit mit Ärzte für das Leben e. V.) Ausgabe 1/2010, Nr. 93, S. 26 - 29

[http://www.alfa-ev.de/fileadmin/user\\_upload/Lebensforum/2010/lf\\_0110-11-hirntod-kritik-beckmann.pdf](http://www.alfa-ev.de/fileadmin/user_upload/Lebensforum/2010/lf_0110-11-hirntod-kritik-beckmann.pdf)

verfügbar am 22.12.2014; Uhrzeit: 11.10 Uhr

**BECKMANN, RAINER** (2012): Hirntod = wirklich tot?

In: LEBEBSFORUM (Hg.) (Zeitschrift der Aktion Lebensrecht für Alle e.V., in Zusammenarbeit mit Ärzte für das Leben e. V.) Ausgabe 1/2012, Nr. 101, S. 22 - 24

[http://www.rainerbeckmann.de/wp-content/uploads/2012/04/RB-Hirntod-LF\\_1-2012.pdf](http://www.rainerbeckmann.de/wp-content/uploads/2012/04/RB-Hirntod-LF_1-2012.pdf)

verfügbar am 21.01.2015; Uhrzeit: 13.59 Uhr

**BERNDT, CHRISTINA** (2014 a): Falsche Todesdiagnosen in Krankenhäusern. Experten fordern Zusatzqualifikation für Ärzte. Gesundheit. Süddeutsche.de, vom 18.02.2014  
<http://www.sueddeutsche.de/gesundheit/falsche-todesdiagnosen-in-krankenhaeusern-aerzte-erklaeren-patienten-oft-faelschlich-fuer-hirntot-1.1891373-3>

verfügbar am 18.05.2014; Uhrzeit: 20.38 Uhr

**BERNDT, CHRISTINA** (2014 b): Forderungen zur Hirntod-Diagnose. Mehr Gewissheit in einem sensiblen Bereich. Gesundheit. Süddeutsche.de, vom 24.03.2014  
<http://www.sueddeutsche.de/gesundheit/forderungen-zur-hirntod-diagnose-mehr-gewissheit-in-einem-sensiblen-bereich-1.1921083>

verfügbar am 21.05.2014; Uhrzeit: 16.34 Uhr

**BERNDT, CHRISTINA** (2014 c): Ärzte engagieren sich immer weniger für Transplantationen. Rückgang der Organspendezahlen. Gesundheit. Süddeutsche.de, vom 21.01.2014

<http://www.sueddeutsche.de/gesundheit/rueckgang-der-organspendezahlen-aerzte-engagieren-sich-immer-weniger-fuer-transplantationen-1.1867695>

verfügbar am 30.01.2015; Uhrzeit: 15.12 Uhr

**BEXTEN, RAPHAEL E.** (2009): „Hirntod“: Lebendiger Körper – tote Person? Ist der „Hirntod“ der wirkliche Tod des Menschen? Referat, das an der Gustav Siewert Akademie im Sommersemester 2009 gehalten wurde.

<http://sammelpunkt.philo.at:8080/1906/2/Hirntod.pdf>

verfügbar am 25.03.2014; Uhrzeit: 15.51 Uhr

**BEYERSDORF, FRIEDHELM** (2013): Mechanische Kreislaufunterstützungssysteme vs. Herztransplantation. (Bericht über den Vortrag). Chirurgische Techniken der Organentnahme und Transplantation. In: Deutsche Stiftung Organtransplantation (Hg.) Kongressband zum 8. Jahreskongress der Deutschen Stiftung Organtransplantation vom 22. bis 23.11.2012 in Berlin. S. 40 - 42.

**Bischöfe Deutschlands, Österreichs, der Schweiz, des Bischofs von Lüttich, des Bischofs von Bozen-Brixen, des Rates der Evangelischen Kirche in Deutschland und der Deutschen Bibelgesellschaft** (Hg.) (1999): Die Bibel. Einheitsübersetzung der Heiligen Schrift. Stuttgart: Katholisches Bibelwerk GmbH

**BÖSEBECK** (2008). Protokoll-Interview mit Herrn Dr. Bösebeck, geschäftsführender Arzt der DSO-Region Bayern, vom 19.08.2008. In: DEUTSCHER BUNDESTAG (Hg.): Drucksache 16/13740. Bericht zur Situation der Transplantationsmedizin zehn Jahre nach Inkrafttreten des Transplantationsgesetzes. Unterrichtung durch die Bundesregierung vom 30.06.2009. Anhang 23. S. 501 - 513.

[http://www.transplantation-information.de/gesetze\\_organspende\\_transplantation/drucksache/bundestagsdrucksache\\_1613740.pdf](http://www.transplantation-information.de/gesetze_organspende_transplantation/drucksache/bundestagsdrucksache_1613740.pdf)

verfügbar am 02.02.2015; Uhrzeit: 01.28 Uhr

**BUNDESÄRZTEKAMMER** (1998): Bekanntgaben der Herausgeber: Bundesärztekammer. Organentnahme nach Herzstillstand („Non heart-beating donor“).

In: Deutsches Ärzteblatt S. A-3235, vom 11. Dezember 1998

[http://www.aerzteblatt.de/archiv/14768/Organentnahme-nach-Herzstillstand-\(Non-heart-beating-donor-\)](http://www.aerzteblatt.de/archiv/14768/Organentnahme-nach-Herzstillstand-(Non-heart-beating-donor-))

verfügbar am 13.05.2014; Uhrzeit: 15.31 Uhr



**bundesaerztekammer.de** (2015): Bundesärztekammer - Deklaration von Lissabon zu den Rechten des Patienten

<http://www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=2.49.1760>

verfügbar am 29.01.2015; Uhrzeit: 14.37 Uhr

**BUSKEWITZ, FABIAN** (2005): The deception. In: BYRNE, PAUL A.; COIMBRA, CICERO GALLI; SPAEMANN, ROBERT; WILSON, MERCEDES ARZÚ (Hg.), „Brain Death“ is not Death! Essay - At a meeting of the Pontivical Academy of Sciences in early February 2005. S. 5 - 6.

[http://www.transplantation-information.de/hirntod\\_transplantation/brain\\_death\\_is\\_not\\_death.pdf](http://www.transplantation-information.de/hirntod_transplantation/brain_death_is_not_death.pdf)

verfügbar am 24.03.2014; Uhrzeit: 13.41 Uhr

**BYRNE, PAUL A.** (2005): Medical evidence. In: BYRNE, PAUL A.; COIMBRA, CICERO GALLI; SPAEMANN, ROBERT; WILSON, MERCEDES ARZÚ (Hg.), „Brain Death“ is not Death! Essay – At a meeting of the Pontivical Academy of Sciences in early February 2005. S. 3.

[http://www.transplantation-information.de/hirntod\\_transplantation/brain\\_death\\_is\\_not\\_death.pdf](http://www.transplantation-information.de/hirntod_transplantation/brain_death_is_not_death.pdf)

verfügbar am 24.03.2014; Uhrzeit: 13.41 Uhr

**BYRNE, PAUL A.; COIMBRA, CICERO GALLI; SPAEMANN, ROBERT; WILSON, MERCEDES ARZÚ** (2005): „Brain Death“ is not Death! Essay – At a meeting of the Pontivical Academy of Sciences in early February 2005. (englischer Originaltext)

[http://www.transplantation-information.de/hirntod\\_transplantation/brain\\_death\\_is\\_not\\_death.pdf](http://www.transplantation-information.de/hirntod_transplantation/brain_death_is_not_death.pdf)

verfügbar am 24.03.2014; Uhrzeit: 13.41 Uhr

(deutsche Übersetzung von FOCKE, RENATE)

[http://www.transplantation-information.de/hirntod\\_transplantation/hirntod\\_ist\\_nicht\\_der\\_tod\\_2005.html](http://www.transplantation-information.de/hirntod_transplantation/hirntod_ist_nicht_der_tod_2005.html)

verfügbar am 19.03.2014; Uhrzeit: 14.57 Uhr

**BZgA (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung)** (Hg.) (2008): Wie stehen die Kirchen zur Organspende? In: Antworten auf wichtige Fragen. Organspende schenkt Leben. Aufklärungsbroschüre zur Organ- und Gewebespende.

**BZgA (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung)** (Hg.) (2009): Wie ein zweites Leben. Informationen der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung zur Organ- und Gewebespende.

**BZgA (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung)** (Hg.) (2011):

Geschichten vom Leben und vom Leben geben. Organpaten werden.

**BZgA (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung)** (Hg.) (2014 a): Organpaten. Gewebespende. Eine Einführung für Ärztinnen und Ärzte sowie Patienten- und Selbsthilfeverbände.

<https://www.organspende-info.de/articles/2047>

verfügbar am 04.11.2014; Uhrzeit: 21.35 Uhr

**BZgA (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung)** (Hg.) (2014 b):

Organspendeausweis.

<http://www.organspende-info.de/sites/all/files/files/files/Organspendeausweis%20ausfuellbar.pdf>

verfügbar am 04.11.2014; Uhrzeit: 21.38 Uhr

**BZgA (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung)** (Hg.) (2015): Die Lebendspende.

<https://www.organspende-info.de/organ-und-gewebespende/arten/lebendspende>

verfügbar am 16.01.2015; Uhrzeit: 23.04 Uhr

**CHIOMBRA, CICERO GALLI** (2005): The apnea test. In: BYRNE, PAUL A.; COIMBRA, CICERO GALLI; SPAEMANN, ROBERT; WILSON, MERCEDES ARZÚ (Hg.), „Brain Death“ is not Death! Essay – At a meeting of the Pontivical Academy of Sciences in early February 2005. S. 4 - 5.

[http://www.transplantation-information.de/hirntod\\_transplantation/brain\\_death\\_is\\_not\\_death.pdf](http://www.transplantation-information.de/hirntod_transplantation/brain_death_is_not_death.pdf)

verfügbar am 24.03.2014; Uhrzeit: 13.41 Uhr

**CHIOMBRA, CICERO GALLI** (2012): Wie das Leben von hirnverletzten Patienten gerettet werden kann. Warum man „hirntoten“ Patienten bislang eine angemessene Behandlung vorenthält und die Hirnschädigungen eher verschlimmert, anstatt sie zu diagnostizieren. Referat zum Kongress in Amersfoort, Niederlande am 09.11.2012: „Organspender sind nicht tot“. Hirntod ist ein umstrittenes Kriterium zum Zweck der Organübertragung.

<http://www.initiative-kafo.de/coimbra-vortrag-09-11-12-rettung-hirnverletzte.pdf>

verfügbar am 06.05.2014; Uhrzeit: 09.10 Uhr

**DAHL, EDGAR** (2004): Xenotransplantation - Chancen, Risiken und Alternativen.

<http://www.organspende-und-transplantation.de/xenotransplantation.htm>

verfügbar am 20.01.2015; Uhrzeit: 15.03 Uhr

**de.wikipedia.org** (2014 a): Bundesärztekammer.

In: Wikipedia. Die freie Enzyklopädie.

<http://de.wikipedia.org/wiki/Bundes%C3%A4rztekammer>

verfügbar am 16.04.2014; Uhrzeit: 10.11 Uhr

**de.wikipedia.org** (2014 b): Locked-in-Syndrom.

In: Wikipedia. Die freie Enzyklopädie.

<http://de.m.wikipedia.org/wiki/Locked-in-Syndrom>

verfügbar am 18.12.2014; Uhrzeit: 21.37 Uhr

**de.wikipedia.org** (2015 a): Xenotransplantation

In: Wikipedia. Die freie Enzyklopädie.

<http://de.m.wikipedia.org/wiki/Xenotransplantation>

verfügbar am 20.01.2015; Uhrzeit: 12.33 Uhr

**de.wikipedia.org** (2015 b): Utilitarismus.

In: Wikipedia. Die freie Enzyklopädie.

<http://de.m.wikipedia.org/wiki/Utilitarismus>

verfügbar am 21.01.2015; Uhrzeit: 14.59 Uhr

**de.wikipedia.org** (2015 c): Nekrose.

In: Wikipedia. Die freie Enzyklopädie.

<http://de.m.wikipedia.org/wiki/Nekrose>

verfügbar am 23.01.2015; Uhrzeit: 11.21 Uhr

**de.wikipedia.org** (2015 d): Hirnödem.  
In: Wikipedia. Die freie Enzyklopädie.  
<http://de.m.wikipedia.org/wiki/Hirn%C3%B6dem>  
verfügbar am 23.01.2015; Uhrzeit: 12.26 Uhr

**de.wikipedia.org** (2015 e): Ischämie.  
In: Wikipedia. Die freie Enzyklopädie.  
<http://de.m.wikipedia.org/wiki/Isch%C3%A4mie>  
verfügbar am 28.01.2015; Uhrzeit: 10.35 Uhr

**de.wikipedia.org** (2015 f): Malignom.  
In: Wikipedia. Die freie Enzyklopädie.  
[http://de.m.wikipedia.org/wiki/Krebs\\_\(Medizin\)](http://de.m.wikipedia.org/wiki/Krebs_(Medizin))  
verfügbar am 28.01.2015; Uhrzeit: 10.52 Uhr

**de.wikipedia.org** (2015 g): Immunsuppression.  
In: Wikipedia. Die freie Enzyklopädie.  
<http://de.m.wikipedia.org/wiki/Immunsuppression>  
verfügbar am 28.01.2015; Uhrzeit: 11.05 Uhr

**DEUTSCHE BISCHOFSSKONFERENZ** (1995): Katholischer Erwachsenenkatechismus  
zweiter Band. Leben aus dem Glauben. Freiburg-Basel-Wien: Verlag Herder

**DEUTSCHER BUNDESTAG** (2009): Bericht zur Situation der Transplantationsmedizin in  
Deutschland zehn Jahre nach Inkrafttreten des Transplantationsgesetzes.  
Drucksache 16/13740 vom 30.06.2009  
<http://dipbt.bundestag.de/dip21/btd/16/137/1613740.pdf>  
verfügbar am 13.05.2014; Uhrzeit: 12.21 Uhr

**DEUTSCHER BUNDESTAG** (2012 a): Gesetzentwurf. Entwurf eines Gesetzes zur  
Regelung der Entscheidungslösung im Transplantationsgesetz. Drucksache 17/9030  
vom 21.03.2012.  
<http://dipbt.bundestag.de/dip21/btd/17/090/1709030.pdf>  
verfügbar am 12.11.2014; Uhrzeit: 17.39 Uhr

**DEUTSCHER BUNDESTAG** (2012 b): Antwort der Bundesregierung auf die Kleine  
Anfrage der Abgeordneten Dr. Harald Terpe, Elisabeth Scharfenberg, Birgitt Bender,  
weiterer Abgeordneter und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN. Gespräche mit  
Angehörigen bei postmortalen Organspende. Drucksache 17/9334 vom 18.04.2012  
<http://dipbt.bundestag.de/dip21/btd/17/093/1709334.pdf>  
verfügbar am 12.01.2015; Uhrzeit: 15.10 Uhr

**DEUTSCHER BUNDESTAG** (2013): Gesetz über die Spende, Entnahme und Übertra-  
gung von Organen und Geweben (Transplantationsgesetz - TPG). Bekanntmachung  
vom 04.09.2007 (BGBl. I S. 2206), geändert am 15.07.2013 (BGBl. I S. 2423).  
<http://www.gesetze-im-internet.de/bundesrecht/tpg/gesamt.pdf>  
verfügbar am 12.11.2014; Uhrzeit: 16.34 Uhr

**DEUTSCHER BUNDESTAG** (2014): 937.000 Euro für Organspende-Aufklärung. Pressemeldung vom 06.05.2014.

[http://www.bundestag.de/presse/hib/2014\\_05/-/274588](http://www.bundestag.de/presse/hib/2014_05/-/274588)

verfügbar am 06.01.2015; Uhrzeit: 12.40 Uhr

**DEUTSCHER BUNDESTAG** (2015): I. Die Grundrechte.

[http://www.bundestag.de/bundestag/aufgaben/rechtsgrundlagen/grundgesetz/gg\\_01/245122](http://www.bundestag.de/bundestag/aufgaben/rechtsgrundlagen/grundgesetz/gg_01/245122)

verfügbar am 19.01.2015; Uhrzeit: 14.13 Uhr

**Diakonisches Werk (Diakonisches Werk der Evangelischen Kirche in Deutschland e. V.)** (Hg.) (2007): Die Rolle der Allgemeinen Sozialarbeit im Rahmen gemeinde- und gemeinwesenorientierten Handelns der Diakonie (G2-Modell). 1. Aufl. Stuttgart: Diakonisches Werk der Evangelischen Kirche in Deutschland e. V.

**DIE WELT** (Hg.) (2010): Transplantationsmedizin: Menschen können bald Schweineherzen erhalten.

<http://www.welt.de/gesundheit/article7910654/Menschen-koennten-bald-Schweineherzen-erhalten.html>

verfügbar am 20.01.2015; Uhrzeit: 12.30 Uhr

**DRadio Wissen** (2012): (Deutschlandradio) Überredung zur Organspende. DRadio-Wissen-Reporterin ALMUTH KNIGGE sprach mit überrumpelten Eltern und dem Transplantationsmediziner Professor HERMANN REICHENSPURNER. Beitrag vom 29.05.2012, 06.18 Uhr

[http://wissen.dradio.de/medizin-ueberredung-zur-organspende.35.de.html?dram:article\\_id=206761](http://wissen.dradio.de/medizin-ueberredung-zur-organspende.35.de.html?dram:article_id=206761)

verfügbar am 05.11.2012; Uhrzeit: 00.10 Uhr

**DRAGHUN, ANDREAS** (2012): Todesverständnisse. Tod als Ende der Sterbephase. In: ANDERHEIDEN, MICHAEL; ECKART, WOLFGANG UWE (Hg.), Sterben und Menschenwürde, Band 1. S. 118 - 136. Berlin/Boston: De Gruyter

**DSO** (2005): Deutsche Stiftung Organtransplantation (Hg.), Die Welt mit anderem Herzen sehen. Unterrichtsmaterialien zum Thema Organspende.

**DSO** (2009): Deutsche Stiftung Organtransplantation (Hg.), Kein Weg zurück. Informationen zum Hirntod. 5. Aufl.

**DSO** (2012 a): Deutsche Stiftung Organtransplantation (Hg.), Kein Weg zurück. Informationen zum Hirntod. 7. Aufl.

**DSO** (2012 b): Maligne Erkrankungen beim potentiellen Organspender – ist eine Organspende trotzdem möglich? In: Deutsche Stiftung Organtransplantation (Hg.). Organspende und Transplantation in Deutschland. Jahresbericht 2011.

**DSO** (2012 c): Deutsche Stiftung Organtransplantation (Hg.). Organspende und Transplantation in Deutschland. Jahresbericht 2011

**DSO** (2014 a): Deutsche Stiftung Organtransplantation (Hg.). Organspende und Transplantation in Deutschland. Jahresbericht 2013

**DSO** (2014 b): Deutsche Stiftung Organtransplantation (Hg.). Hirntoddiagnostik.  
<http://www.dso.de/organspende-und-transplantation/hirntoddiagnostik.html>  
verfügbar am 16.12.2014; Uhrzeit: 18.30 Uhr

**DSO** (2015 a): Deutsche Stiftung Organtransplantation (Hg.). Lebendspende.  
<http://www.dso.de/organspende-und-transplantation/lebendspende.html>  
verfügbar am 16.01.2015; Uhrzeit: 22.45 Uhr

**DUDEN** (1990): Duden. Das Fremdwörterbuch.  
5. Aufl. Mannheim: Bibliographisches Institut & F.A. Brockhaus AG

**DUDEN** (1996): Rechtschreibung der deutschen Sprache. 1. Bd.  
21. Aufl. Mannheim; Leipzig; Wien; Zürich: Dudenverlag

**DUROLDT, M.; KNAUPE, J.; WELLMANN, H.** (2015): Was wirklich passiert, wenn wir sterben. Die Wissenschaft der letzten Minuten. S. 44 - 55. In: welt der wunder. Heft 2/2015. Hamburg: Heinrich Bauer Verlag KG

**DVCK e.V. (Deutsche Vereinigung für eine Christliche Kultur e.V.)** (2012): Kardinal zweifelt an Hirntod-Definition. In: Kultur und Medien online. Mitteilungsblatt der Aktion Kinder in Gefahr / eine Initiative der DVCK e.V.  
<http://kultur-und-medien-online.blogspot.de/2012/04/kardinal-von-berlin-zweifelt-hirntod.html>  
verfügbar am 18.03.2014; Uhrzeit: 22.05 Uhr

**EUROTRANSPLANT** (2014): Über Eurotransplant.  
[http://www.eurotransplant.org/cms/index.php?page=pat\\_germany](http://www.eurotransplant.org/cms/index.php?page=pat_germany)  
verfügbar am 13.05.2014; Uhrzeit: 16.03 Uhr

**euro.who.int** (2015): Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung, 1986.  
[http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0006/129534/Ottawa\\_Charter\\_G.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0006/129534/Ottawa_Charter_G.pdf)  
verfügbar am 29.01.2015; Uhrzeit: 13.23 Uhr

**EVANS, DAVID W.** (2005): Was ist „Hirntod“? Tagungsbeitrag während der Konferenz der Päpstlichen Akademie der Wissenschaften im Februar 2005 im Vatikan zum Thema: „Die Zeichen des Todes“.  
<http://www.kritischebioethik.de/kao-organspende-hirntod.pdf>  
verfügbar am 08.05.2014; Uhrzeit: 11.41 Uhr

**FEYERABEND, ERIKA** (2010): Das belgische Experiment. Organentnahme nach Euthanasie.  
<http://www.bioskop-forum.de/bioskop-themen/koerper-als-rohstoff/transplantationsmedizin/organspende-nach-euthanasie.html>  
verfügbar am 19.12.2014; Uhrzeit: 13.30 Uhr

**FOCKE, RENATE** (2013): Operation Explantation: ein unbarmherziger Tod. In: KAO (Kritische Aufklärung über Organtransplantation e.V.) (Hg.), Organspende - die verschwiegene Seite. Angehörige berichten. Informationsbroschüre der KAO.

**FOCKE, RENATE** (2014 a): Alternative Erklärung zur Organspende.  
[http://www.initiative-kao.de/Unterrichtseinheit\\_zum\\_Thema\\_Organtransplantation\\_n.pdf](http://www.initiative-kao.de/Unterrichtseinheit_zum_Thema_Organtransplantation_n.pdf)  
verfügbar am 03.11.2014; Uhrzeit: 15.01 Uhr

**FOCKE, RENATE** (2014 b): KAO - Kritische Aufklärung über Organtransplantation: Materialien zum Thema Organspende, Transplantation, Hirntod. Unterrichtseinheit zum Thema Organtransplantation.

<http://www.initiative-kae.de/kae-unterrichtseinheit-organspende-transplantation.html>

verfügbar am 11.12.2014; Uhrzeit: 20.18 Uhr

**FRIEBE, KATHARINA; PAPPENHEIM, MARGOT** (2013): Organe spenden? Ein Leitfaden zur persönlichen Entscheidungsfindung. In: Evangelische Frauen in Deutschland e.V. (Hg.), Arbeitshilfe zum Weitergeben. Organe spenden? Nachdenken im Grenzland zwischen Leben und Tod. S. 64 - 67. Nr. 2/2013

**GEISLER, LINUS S.** (2008): Ist die Hirntod-Definition aus biologisch-medizinischer Sicht plausibel? Vortrag am 19. Januar 2008 in Bonn anlässlich der Tagung der Evangelischen Akademie im Rheinland zum Thema: Die Seele und der Tod. Was sagt die Hirnforschung? II. Forum Neuroethik.

[http://www.linus-geisler.de/vortraege/0801evak\\_hirntod-plausibilitaet.htm](http://www.linus-geisler.de/vortraege/0801evak_hirntod-plausibilitaet.htm)

verfügbar am 07.01.2015; Uhrzeit: 22.24 Uhr

**GOETTLE, GABRIELE** (2011): Ein guter Schnitt. taz. die Tageszeitung vom 26.09.2011

<http://www.taz.de/!78828/>

verfügbar am 27.10.2014; Uhrzeit: 17.46 Uhr

**Hoffmann-La Roche AG; Urban & Schwarzenberg** (Hg.) (1993): Roche Lexikon Medizin. 3. Aufl. München; Wien; Baltimore: Urban & Schwarzenberg

**HILL, DAVID** (2005): The apnea test. The deception. In: BYRNE, PAUL A.; COIMBRA, CICERO GALLI; SPAEMANN, ROBERT; WILSON, MERCEDES ARZÚ (Hg.) „Brain Death“ is not Death! Essay - At a meeting of the Pontifical Academy of Sciences in early February 2005. S. 4 - 5.

[http://www.transplantation-information.de/hirntod\\_transplantation/brain\\_death\\_is\\_not\\_death.pdf](http://www.transplantation-information.de/hirntod_transplantation/brain_death_is_not_death.pdf)

verfügbar am 24.03.2014; Uhrzeit: 13.41 Uhr

**HIMPSL, FRANZ; SCHMIDT-PETRI, CHRISTOPH** (2012): Tabuthema Gewebespende. Süddeutsche.de vom 31. Mai 2012

<http://www.sueddeutsche.de/gesundheit/organspende-tabuthema-gewebespende-1.1370332>

verfügbar am 07.01.2015; Uhrzeit: 14.18 Uhr

**INTERESSENGEMEINSCHAFT KRITISCHE BIOETHIK DEUTSCHLAND** (Hg.) (2014): Nicht-Organspendeausweis.

<http://www.kritischebioethik.de/nicht-organspendeausweis.pdf>

verfügbar am 16.05.2014; Uhrzeit: 00.10 Uhr

**KAO (Kritische Aufklärung über Organtransplantation e.V.)** (2011): Hirntod. Der neue Tod bei lebendigem Leib. Informationsflyer.

<http://www.kritischebioethik.de/kae-organspende-hirntod.pdf>

verfügbar am 08.05.2014; Uhrzeit: 10.30 Uhr

**KAO (Kritische Aufklärung über Organtransplantation e.V.)** (2013): Organspende - die verschwiegene Seite. Angehörige berichten. Informationsbroschüre der KAO.



**KAO (Kritische Aufklärung über Organtransplantation e.V.)** (Hg.) (2014):  
alternativer Organspendeausweis.

[http://www.initiative-kao.de/Alternativer\\_Organspendeausweis\\_KAO.pdf](http://www.initiative-kao.de/Alternativer_Organspendeausweis_KAO.pdf)

verfügbar am 16.05.2014; Uhrzeit: 15.08 Uhr

**Katechismus der Katholischen Kirche (KKK)** (2005): Kompendium.

[http://www.vatican.va/archive/compendium\\_ccc/documents/archive\\_2005\\_compendium-ccc\\_ge.html](http://www.vatican.va/archive/compendium_ccc/documents/archive_2005_compendium-ccc_ge.html)

verfügbar am 21.01.2015; Uhrzeit: 23.36 Uhr

**Katholisches.info** (Magazin für Kirche und Kultur) (2010): Großbritannien: Euthanasie soll Organspende-Problem lösen - Bioethiker plädiert für Tod von Wachkoma-patienten zwecks Organentnahme. Mitteilung an die Redaktion vom 17.05.2010

<http://www.katholisches.info/2010/05/17/grosbritannien-euthanasie-soll-organspende-problem-loesen-bioethiker-pladiert-fur-tod-von-wachkoma-patienten-zwecks-organentnahme/>

verfügbar am 18.12.2014; Uhrzeit: 14.20 Uhr

**KIRSTE, GÜNTER** (2008): Bericht zur Situation der Transplantationsmedizin 10 Jahre nach Inkrafttreten des Transplantationsgesetzes. Fragen an die DSO, Prof. Dr. Kirste, Vorstand. In: DEUTSCHER BUNDESTAG (Hg.): Drucksache 16/13740. Bericht zur Situation der Transplantationsmedizin zehn Jahre nach Inkrafttreten des Transplantationsgesetzes. Unterrichtung durch die Bundesregierung vom 30.06.2009. Anhang 28. S. 559 - 586.

[http://www.transplantation-](http://www.transplantation-information.de/gesetze_organspende_transplantation/drucksache/bundestagsdrucksache_1613740.pdf)

[information.de/gesetze\\_organspende\\_transplantation/drucksache/bundestagsdrucksache\\_1613740.pdf](http://www.transplantation-information.de/gesetze_organspende_transplantation/drucksache/bundestagsdrucksache_1613740.pdf)

verfügbar am 02.02.2015; Uhrzeit: 01.28 Uhr

**KUHRT, NICOLA** (2012): Britischer Vorschlag: Organe spenden ohne Tabu.

SPIEGEL ONLINE. 14.02.2012 - 12.10 Uhr

<http://www.spiegel.de/wissenschaft/medizin/britischer-vorschlag-organe-spenden-ohne-tabu-a-815035.html>

verfügbar am 18.12.2014; Uhrzeit: 20.30 Uhr

**LESKA, ILONA** (2012): Persönliche Mitschriften des Studientages zum neuen Transplantationsgesetz an der Evangelischen Akademie in Meißen am 27.11.2012

**MANZEI, ALEXANDRA** (2012): Der Tod als Konvention. Die (neue) Kontroverse um Hirntod und Organtransplantation. In: ANDERHEIDEN, MICHAEL; ECKART, WOLFGANG UWE (Hg.), Sterben und Menschenwürde, Band 1. S. 137 - 173.

Berlin/Boston: De Gruyter

**MEYER ZU BIESEN, GISELA** (2013): Organentnahme verhindert menschenwürdiges Sterben und raubt den letzten Abschied. In: KAO (Kritische Aufklärung über Organtransplantation e.V.) (Hg.), Organspende - die verschwiegene Seite. Angehörige berichten. Informationsbroschüre der KAO.

**MEYER, JÜRGEN** (2013): Trauma Organspende. In: KAO (Kritische Aufklärung über Organtransplantation e.V.) (Hg.), Organspende - die verschwiegene Seite. Angehörige berichten. Informationsbroschüre der KAO.

**MÜLLER, SABINE** (2009): Revival der Hirntod-Debatte: Funktionelle Bildgebung für die Hirntod-Diagnostik. Originalarbeit. Springer-Verlag  
[http://data7.blog.de/media/231/5815231\\_f021f45040\\_d.pdf](http://data7.blog.de/media/231/5815231_f021f45040_d.pdf)  
verfügbar 21.01.2015; Uhrzeit: 11.00 Uhr

**NESTMANN, FRANK; SICKENDIECK, URSEL** (2005): Beratung. In: OTTO, HANS-UWE; THIERSCH, HANS (Hg.), Handbuch der Sozialpädagogik. 3. Aufl. S. 140 - 152.  
München: Ernst Reinhardt GmbH & Co KG

**MÜLLER, SABINE** (2011): Wie tot sind Hirntote? Alte Frage - neue Antworten.  
<http://www.bpb.de/apuz/33311/wie-tot-sind-hirntote-alte-frage-neue-antworten?p=all>  
verfügbar 04.11.2014; Uhrzeit: 21.48 Uhr

**NDR 1 Niedersachsen** (2014): Organspende-Skandal: Jede zweite Akte falsch.  
Stand: 13.01.2014; Uhrzeit: 13.27 Uhr  
<http://www.ndr.de/regional/niedersachsen/harz/transplantation227.html>  
verfügbar 14.01.2014; Uhrzeit: 00.28 Uhr

**NÖSSLER, DENIS** (2013): Notlösung krebserkrankte Spender. Ärztezeitung Online.  
21.10.2013.  
<http://www.aerztezeitung.de/medizin/krankheiten/urologische-krankheiten/niereninsuffizienz/article/847576/organmangel-notloesung-krebserkrankte-spender.html#.UngnrKTqYKw.facebook>  
verfügbar am 15.05.2014; Uhrzeit: 15.56 Uhr

**REHDER, STEFAN** (2010): Grauzone Hirntod. Organspende verantworten.  
Augsburg: Sankt Ulrich Verlag

**ROTONDO, ROBERTO** (2001): Herztransplantation in Frage gestellt. Studie zur Lebenserwartung von Organempfängern widerlegt Propaganda der Transplantationslobby. In: BIOSKOP e. V. (Hg.). Zeitschrift zur Beobachtung der Biowissenschaften. Jahrgang 4, Nr. 16, Heft: Dezember 2001, S. 3  
[http://www.bioskop-forum.de/files/bioskop\\_16.pdf](http://www.bioskop-forum.de/files/bioskop_16.pdf)  
verfügbar am 18.01.2015; Uhrzeit: 11.30 Uhr

**SCHOCKENHOFF, EBERHARD** (2012): Helfen über den Tod hinaus: Organspende in christlicher Verantwortung. In: Deutsche Stiftung Organtransplantation (Hg.) Kongressband zum 8. Jahreskongress der Deutschen Stiftung Organtransplantation vom 22. bis 23.11.2012 in Berlin. S. 49, 50

**SCHUMANN, JOSEPH** (2012): Hat ein Toter lebendige Organe? Der Freiburger Theologieprofessor JOSEPH SCHUMANN im KATH.NET-Interview über die Problematik der Organspende am 09.01.2012. Von PETRA LORLEBERG  
<http://www.kath.net/news/34632>  
verfügbar am 21.05.2014; Uhrzeit: 14.53 Uhr



**SEIFERT, JOSEF** (2005): The deception. In: BYRNE, PAUL A.; COIMBRA, CICERO GALLI; SPAEMANN, ROBERT; WILSON, MERCEDES ARZÚ (Hg.), „Brain Death“ is not Death! Essay - At a meeting of the Pontivical Academy of Sciences in early February 2005. S. 5 - 6.

[http://www.transplantation-information.de/hirntod\\_transplantation/brain\\_death\\_is\\_not\\_death.pdf](http://www.transplantation-information.de/hirntod_transplantation/brain_death_is_not_death.pdf)

verfügbar am 24.03.2014; Uhrzeit: 13.41 Uhr

**SHEWMON, ALAN** (2003): „Hirnstammtod“, „Hirntod“ und „Tod“: Eine kritische Re-Evaluierung behaupteter Äquivalenz. S. 293 - 316 In: SCHWEIDLER, WALTER; NEUMANN, HERBERT A.; BRYSCH, EUGEN (Hg.), Menschenleben - Menschenwürde. Interdisziplinäres Symposium zur Bioethik. 3. Band. Münster: LIT Verlag

**SIEGMUND-SCHULZE, NICOLA** (2010): Anlass zu zweifeln: Wie sicher ist die derzeitige Diagnostik des Hirntodes? Hintergrund. In: Ärztezeitung, 24.06.2010

<http://www.aerztezeitung.de/extras/druckansicht/?sid=608610&pid=615643>

verfügbar am 03.03.2013; Uhrzeit: 17.02 Uhr

**SIEGMUND-SCHULZE, NICOLA; ZYKLA-MEHNORN, NICOLA** (2008): „Herztote“ Organspender. NON-HEART-BEATING-DONORS. S. A-832, A-833 In: Deutsches Ärzteblatt, Jg. 105, Heft 16, 18. April 2008

<http://www.aerzteblatt.de/pdf/105/16/a832.pdf>

verfügbar am 13.05.2014; Uhrzeit: 18.09 Uhr

**SPAEMANN, ROBERT** (2005): Philosophical considerations. In: BYRNE, PAUL A.; COIMBRA, CICERO GALLI; SPAEMANN, ROBERT; WILSON, MERCEDES ARZÚ (Hg.), „Brain Death“ is not Death! Essay – At a meeting of the Pontivical Academy of Sciences in early February 2005. S. 2.

[http://www.transplantation-information.de/hirntod\\_transplantation/brain\\_death\\_is\\_not\\_death.pdf](http://www.transplantation-information.de/hirntod_transplantation/brain_death_is_not_death.pdf)

verfügbar am 24.03.2014; Uhrzeit: 13.41 Uhr

**SPIEGEL ONLINE** (2013): Organspende: So funktioniert die Organvergabe in Deutschland. In: SPIEGEL ONLINE (Hg.). vom 11.01.2015; 21.11 Uhr

<http://www.spiegel.de/gesundheit/diagnose/fragen-und-antworten-zur-organvergabe-in-deutschland-a-904160.html>

verfügbar am 12.01.2015; Uhrzeit: 13.38 Uhr

**SPIEGEL ONLINE** (2015): Vor Organspende: Schwerer Fehler bei Hirntod-Diagnose. In: SPIEGEL ONLINE (Hg.). vom 06.06.2013; 15.12 Uhr

<http://www.spiegel.de/gesundheit/diagnose/hirntod-diagnose-schwerer-fehler-vor-organentnahme-a-1012439.html>

verfügbar am 12.01.2015; Uhrzeit: 12.30 Uhr

**STEINMEIER, FRANK-WALTER** (2012): Festvortrag. In: Deutsche Stiftung Organtransplantation (Hg.) Kongressband zum 8. Jahreskongress der Deutschen Stiftung Organtransplantation vom 22. bis 23.11.2012 in Berlin. S. 27

**TKK (TECHNIKER KRANKENKASSE)** (2012): Eurotransplant im Interview. (Mit der TKK und AXEL RAHMEL, dem ärztlichen Direktor von Eurotransplant am 10.02.2012)

<http://www.tk.de/tk/mobil/organ-erhalten/organvermittlung/interview-eurotransplant/410588>

verfügbar am 15.05.2014; Uhrzeit: 12.02 Uhr

**TUREK, ROLF-MICHAEL** (2013 a): Organtransplantation und Hirntod. Powerpoint-Präsentation: Hirntod und Organtransplantation im Spannungsfeld konkurrierender Bedürfnisse. Abbildung, Folie 4. vom 31.08.2013

<https://humorakademie.wordpress.com/2013/08/31/organtransplantation-und-hirntod/>

verfügbar am 20.12.2014; Uhrzeit: 01.31 Uhr

**TUREK, ROLF-MICHAEL** (2013 b): Schuld ist der Gesetzgeber. Organtransplantationen: Aufklärung war versprochen, doch Skandale beherrschen die öffentliche Diskussion. In: mitteldeutsche-kirchenzeitungen.de (Hg.). vom 14.01.2013

<http://www.mitteldeutsche-kirchenzeitungen.de/2013/01/14/schuld-ist-der-gesetzgeber/>

verfügbar am 20.01.2014; Uhrzeit: 19.47 Uhr

**VERREL, TORSTEN** (2012): Patientenverfügung und Organspende: Kein Widerspruch. In: Deutsche Stiftung Organtransplantation (Hg.) Kongressband zum 8. Jahreskongress der Deutschen Stiftung Organtransplantation vom 22. bis 23.11.2012 in Berlin. S. 45, 46

**VON STACKELBERG, JOHANN-MAGNUS** (2012): Statement zur Novelle des Transplantationsgesetzes aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes. In: Deutsche Stiftung Organtransplantation (Hg.) Kongressband zum 8. Jahreskongress der Deutschen Stiftung Organtransplantation vom 22. bis 23.11.2012 in Berlin. S. 25

**WALDSTEIN, WOLFGANG** (2010): Ins Herz geschrieben. Das Naturrecht als Fundament einer menschlichen Gesellschaft. Augsburg: Sankt Ulrich Verlag

**WALDSTEIN, WOLFGANG** (2012 a): Hirntod. Nochmals zur Frage des Hirntods. In: Medizin & Ideologie. Informationsblatt der Europäischen Ärzteaktion in den deutschsprachigen Ländern. Jahrgang 34, Heft: 3/2012, S. 25 - 31

**WALDSTEIN, WOLFGANG** (2012 b): Hirntod. Zu Dr. Bonellis Nachträgen zu seinem Beitrag zur Hirntoddefinition in den „Salzburger Nachrichten“ vom 22. August 2012. In: Medizin & Ideologie. Informationsblatt der Europäischen Ärzteaktion in den deutschsprachigen Ländern. Jahrgang 34, Heft: 4/2012, S. 19 - 22

**WALDSTEIN, WOLFGANG** (2012 c): „Schließt Bereitschaft sich töten zu lassen, ein“. Die Organspende und das Kriterium des Hirntodes - ein Meinungsbeitrag von Professor Wolfgang Waldstein. In: Die Tagespost. Katholische Zeitung für Politik, Gesellschaft und Kultur. 11. Februar 2012, Nr. 18

**WATANABE, YOSHIO** (2005): The apnea test. The deception. In: BYRNE, PAUL A.; COIMBRA, CICERO GALLI; SPAEMANN, ROBERT; WILSON, MERCEDES ARZÚ (Hg.), „Brain Death“ is not Death! Essay - At a meeting of the Pontivical Academy of Sciences in early February 2005. S. 4 - 5.

[http://www.transplantation-information.de/hirntod\\_transplantation/brain\\_death\\_is\\_not\\_death.pdf](http://www.transplantation-information.de/hirntod_transplantation/brain_death_is_not_death.pdf)

verfügbar am 24.03.2014; Uhrzeit: 13.41 Uhr

**Wissenschaftlicher Beirat der Bundesärztekammer** (1997): Richtlinien zur Feststellung des Hirntodes. Dritte Fortschreibung 1997 mit Ergänzungen zum Transplantationsgesetz. veröffentlicht in: Deutsches Ärzteblatt 95, Heft 30, 24.07.1998

<http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/Hirntodpdf.pdf>

verfügbar am 08.01.2015; Uhrzeit: 00.20 Uhr

**Wissenschaftlicher Rat der Dudenredaktion** (1996): Duden. Rechtschreibung der deutschen Sprache. 21. Aufl. Mannheim; Leipzig; Wien; Zürich: Dudenverlag

**ZOLLITSCH, ROBERT** (2012): Deutsche Bischofskonferenz, Pressemeldung: 25.05.2012 - Nr. 088 Erzbischof Zollitsch zur heute beschlossenen Änderung des Transplantationsgesetzes.

<http://www.dbk.de/presse/details/?suchbegriff=organspende&presseid=2110&cHash=9a8b9dd5004d0b1a652b6d7c6c18a181>

verfügbar am 19.03.2014; Uhrzeit: 19.51 Uhr

## **8 Anhang**

### **8. 1 Betroffene berichten**

Nachfolgende fünf Betroffenenberichte haben mich innerlich stark bewegt, obwohl ich diese nicht selbst aufgezeichnet habe. Sie wurden als Zitate aus der angegebenen Literatur entnommen. Mit einer Betroffenen bin ich persönlich in Kontakt getreten, nachdem ich ihren Bericht las. Um auch die wichtige Perspektive Betroffener in dieser Masterarbeit zu verdeutlichen, habe ich diese Berichte in den Anhang eingefügt und möchte sie unkommentiert und ohne Wertung für sich selbst sprechen lassen.

#### **8. 1. 1 Bericht von Gisela Meyer zu Biesen**

- geboren 1940
- Lehrerin für Krankenpflege und bis 2005 Ausbildungsbeauftragte im Hospizverein Rhein-Ahr
- verwitwet; 4 Kinder
- wohnhaft in Bad Bodendorf
- Sohn Lorenz verunglückte 1991

#### **Organentnahme verhindert menschenwürdiges Sterben und raubt den letzten Abschied**

Das habe ich nicht gewusst! Organspende, dachte ich, muss etwas Gutes sein, wenn es kranken Menschen hilft am Leben zu bleiben. Und natürlich ist der Mensch tot, dem die Organe entnommen werden. Im Ausweis heißt es doch "nach meinem Tod". So habe ich das auch geglaubt. Ich hätte nie für möglich gehalten, dass Ärzte nicht davor zurückschrecken, einen sterbenden Menschen mit allen Mitteln ärztlicher Kunst am Leben zu halten, nur damit sie seine lebenden Organe bekommen. Aus dem schrecklichen Geschehen um das Sterben meines Sohnes kann ich jedoch bezeugen, dass es sich bei einem so genannten Hirmtoten um einen noch lebenden Menschen handelt.

Was war bei uns geschehen?

Unser Sohn Lorenz verunglückte im Urlaub. Er war ein fast 16 jähriger Junge, so groß geworden, witzig, voller Lebenskraft und Lebensfreude. Wir machten gemeinsam mit unseren vier Kindern und Kindern aus der Verwandtschaft Skiurlaub. Es war an einem wunderschönen sonnigen Tag, als Lorenz am Ende einer Piste unglücklich stürzte und mit dem Hinterkopf auf einen Stein aufschlug. Er hatte sich eine schwere Kopfverletzung zugezogen. Voller Bangen fuhren wir ins Krankenhaus und waren sehr erleichtert, als wir ihn wieder sahen und in sein völlig unverletzt aussehendes Gesicht schauten. Es wies keine Schramme, keine Blutspur, noch nicht einmal einen Bluterguss auf. Das einzig Bedrohliche war die künstliche Beatmung.

So begriffen wir auch nicht die Aussichtslosigkeit der Situation, als ein jüngerer Arzt uns kurz - im Stehen - den wahren Zustand mitteilte. Ich wachte am Bett meines Sohnes, hielt seine große Hand und konnte nur das Eine denken: Er würde die Augen wieder aufmachen. Dafür betete ich inbrünstig.

Am nächsten Mittag - es waren 18 Std. nach seiner Einlieferung vergangen und kein Arzt hatte sich seitdem mehr sehen lassen, um mit uns ein Gespräch zu führen - erschien der Chefarzt der Intensivstation mit einem Kollegen im Krankenzimmer. Ich musste draußen vor der Tür warten. Als er wieder herauskam, zögerte er zunächst, kam auf mich zu und fragte, ob ich die Mutter sei. Er sagte dann quasi im Vorbeigehen und zu einem Zeitpunkt, als der "Hirntod" überhaupt noch nicht festgestellt war, er müsse mir bedauerlicherweise mitteilen, dass mein Kind tot sei. Dabei benutzte er nicht das Wort Hirntod. Die Apparate müssten am nächsten Morgen abgestellt werden. Bis dahin sollten wir bitte überlegen, ob wir Organe spenden könnten. Gebraucht würden Herz, Leber, Nieren, Augen. Er zählte noch weitere Organe auf. Damit ließ er mich stehen und verschwand. Das Ganze fand auf dem Flur im Stehen statt, als mein Mann gerade abwesend war. Das Gespräch dauerte höchstens zwei Minuten. Mich überkam für einen Moment ein großes Zittern, ich suchte Halt, dann war alles wie ausgelöscht. Unser Kind war trotz dieser Todesmitteilung völlig unverändert. Es wurde weiter behandelt, gebettet, es bekam Medikamente, seine volle Urinflasche wurde gewechselt. Ich dachte natürlich, alles geschehe zu seiner Heilung. Auf sie hoffte ich nach wie vor fest. Erst später erfuhr ich, dass zu diesem Zeitpunkt schon die sogenannte Spenderkonditionierung begonnen hatte, das hieß, die Behandlung mit all den Strapazen für einen schwer kranken Menschen war nicht mehr zu seinem Nutzen, sondern zu dem eines unbekannten Organempfängers.

Unser Kind war in den Augen der Ärzte nicht mehr der Mensch Lorenz. Ihr Blick und ihr Handeln hatten ihm bereits seine Menschenwürde genommen und ihn zum Material zur Weiterverarbeitung gemacht. In seinen Unterlagen, an die wir nur mit Hilfe eines Rechtsanwaltes kamen, liest sich das so: **"Die Eltern sahen dann den Körper des verstorbenen Patienten, der aber weiterhin künstlich beatmet wurde bei spontaner Herzfrequenz"(...). "Es scheint, dass die Eltern nicht verstanden, dass, als sie ihren Sohn gesehen haben, dieser bereits tot war".**

Wir also waren die Dummen! Doch wir nahmen wahr, was wahr war, nämlich unser lebendes Kind. Es war durchblutet, es bekam einen Hautausschlag, der später wieder verschwand, sein Bein bewegte sich auf Berührung hin. Wie grotesk! Ich glaubte keinen Moment an seinen Tod, hoffte weiterhin und hielt seine warme Hand!

Nach einer weiteren durchwachten Nacht wurden wir erneut mit der Frage nach den Organen gequält. Wir fühlten uns völlig hilflos und ausgeliefert. Man setzte uns eine Frist von einer halben Stunde, in der wir uns entscheiden sollten. Statt am Bett zu sitzen, gaben wir dem Druck nach, ließen unser Kind allein und zerbrachen uns den Kopf über das, was wir tun sollten. Aber im Grunde konnten wir keinen klaren Gedanken fassen. Was sollte das alles, das war doch ein böser Spuk und unser Kind würde bestimmt wieder gesund, dachte ich. Nach der verordneten Zeit kam der Arzt zurück, fragte, ob wir uns entschieden hätten, und zählte erneut die Organe auf, die gebraucht würden. Er forderte uns mit Nachdruck auf, uns zu entscheiden.

Zusätzlicher Druck kam durch den inzwischen erschienenen Krankenhausseelsorger auf. Er hielt sich zwar sonst zurück, gab aber unmissverständlich zu verstehen, dass aus dieser Situation heraus ein anderer Mensch gerettet werden könne. Ihm ging es nicht um die Fürsorge für uns und nicht um die Frage: "Was brauchen diese Eltern und ihr sterbendes Kind jetzt?" Er nahm unsere Not gar nicht wahr und seinem eigentlichen seelsorgerlichen Auftrag, unser Kind und uns zu begleiten, kam er nicht nach. Er diente den Ärzten und unbekannten Dritten statt uns, seinen Nächsten.

Wenn ich an diese Situationen denke, bin ich noch heute empört. Damals befand ich mich nach zwei durchwachten Nächten in einem unerträglichen Zustand. Ich fühlte mich schuldig, weil mein Kind sterben sollte. Mein ganzes Selbstwertgefühl war zusammengebrochen. Was hatte ich getan, dass so ein Unglück über mich kam? Ich wusste nicht aus noch ein. Wie in einem Schraubstock, der sich immer enger um mich zog und mir die Luft wegnahm, empfand ich mich. Und wenn ich nicht einwilligen würde, wäre ich auch noch schuldig am Tod eines anderen. Ich wollte ja auch nicht, dass noch jemand in so eine elende Lage käme.

Erst später wurde mir klar, was hier so subtil abgelaufen war. Wegen meiner eigenen Schuldgefühle hatte ich Angst, noch mehr Schuld auf mich zu laden, wenn ich nicht einwilligen würde. Es stand dazu im Raum, dass man doch mit so einer schlimmen Situation noch etwas Gutes tun könne, dass eine Einwilligung in die Organentnahme diese unerträgliche Situation "sinnvoll" beenden würde, und dass einem der Anblick des sterbenden, bewusstlosen Kindes weiterhin erspart bleibe. So würde dem Tod ein Schnippchen geschlagen. Das Kind lebte ja in anderen weiter, das sei doch Trost, und du und dein Kind - ihr seid Helden! Dies alles suggeriert die Transplantationsmedizin und raubt unter dem Deckmantel der Nächstenliebe dem Sterbenden und den Angehörigen die Begleitung und den letzten, kostbaren Abschied.

Wir rangen uns endlich zur Freigabe der Nieren durch. Aber selbst danach wurden wir weiter bedrängt. Mehrfach kam zuletzt die Frage, wenigstens die Augen noch freizugeben, bis mein Mann schrie: "Nein, nein!"

Wir sind völlig uninformiert in unserem schwächsten Moment in eine Einwilligung manipuliert worden, deren Folgen wir gar nicht absehen konnten. Bei unserer Entscheidung waren wir der Meinung, die Nieren würden nach dem Abstellen der Apparate entnommen. Wir erfuhren dann, dass das nicht ginge, waren aber auch nicht in der Lage zu fragen, was es denn konkret heiße, die Nieren zu entnehmen.

Wir bestanden lediglich darauf, nach der Entnahme wiederzukommen, um noch einmal bei unserem Kind zu sein. Es war ganz und gar unbegreiflich. Irgendwie habe ich nur funktioniert und nach wie vor alles für einen Alptraum gehalten. Um uns zu beruhigen und zu verhindern, dass wir unsere Entscheidung widerrufen würden, erhielten wir die Zusicherung, unser Kind würde auf der Station aufgebahrt und wir hätten genug Zeit zum Abschiednehmen.

Es hat mich lange gequält, an dieser Stelle versagt und nicht Partei für mein sterbendes Kind ergriffen zu haben. Dass ich mir das alles habe bieten lassen und die Ärzte nicht einfach aus dem Krankenzimmer hinausgejagt habe, lag daran, dass ich mich im Schockzustand befand, handlungsunfähig und selber schutzbedürftig war.

Als wir Stunden später ins Krankenhaus zurückkamen, hatte ich das Gefühl, jetzt sehe ich Lorenz wieder und der Alptraum ist vorbei. Doch es folgte ein weiterer Schock. Unser Kind war nicht mehr da. Die diensthabende Schwester wusste nichts von uns und dem Versprechen, Lorenz auf der Station aufzubahren. Wir waren betrogen worden. Für die Ärzte waren wir, nachdem sie die Einwilligung hatten, uninteressant. Das zeigt, ihnen war unser Schicksal gleichgültig, es war ihnen nur um die Organe gegangen.

Wie angewurzelt und erstarrt blieben wir stehen. Als die Krankenschwester merkte, sie würde uns nicht mehr los, bat sie uns in einen kleinen Aufenthaltsraum. Nachdem wir dort eineinhalb Stunden gewartet hatten - warum? - begleitete sie uns in den Leichenkeller. Dort öffnete sie eine der Türen und forderte uns auf hineinzugehen und uns zu beeilen, anderenfalls müsse sie uns hier unten alleinlassen. Beim Anblick meines Sohnes glaubte ich zunächst an einen Irrtum. Ich erkannte ihn nicht, weil sein zuvor unverletztes Gesicht so entstellt war. Bis dahin hatte ich schon als Krankenschwester und in der eigenen Familie Sterbende begleitet und in das Gesicht von Verstorbenen geschaut. Ich hatte keine Berührungsängste und kannte den friedlichen und entspannten Gesichtsausdruck, der sich oft bei Verstorbenen einstellt.

Das Gesicht meines Kindes war hingegen ganz klein geworden, die Lippen, seine schönen vollen Lippen, waren zusammengepresst, der Gesichtsausdruck sah nach Schmerzen aus. Seine Haare waren nass, die Augen mit Mulllagen bedeckt und kreuzweise verklebt. Hatten sie ihm doch die Augen herausgenommen? Ich wollte nachsehen, was sie mit unserem Kind gemacht hatten. Daran hinderte

mich mein in Panik geratener Mann, der Angst hatte vor dem, was da offenbar würde. Wir liefen stumm und ohne Abschied von unserem Kind davon, voller Schrecken und unfähig, uns einander mitzuteilen.

Entgegen den Behauptungen der Transplantationsmediziner bin ich überzeugt, dass mein Kind bei der Organentnahme Schmerzen erlitten hat. In seinem Sterben war ihm noch Schlimmes widerfahren. Nach der Krankenakte, die wir später lasen, bekam er eine Lokalanästhesie - warum? Hatte er sich bei der Operation bewegt? Hatte der Arzt gemerkt, dass er mit Schmerzen reagierte? Was mich auch so empört, ist die Grausamkeit: Obwohl man weiß, dass Sterben ein sensibler Prozess ist, obwohl man, wenn es nicht um Organspende geht, alles tut, um mit Menschen in dieser Situation behutsam und einfühlsam umzugehen, obwohl man ihre Schmerzen lindert und ihnen die Zusicherung gibt, sie nicht allein zu lassen, auch wenn sie nicht mehr ansprechbar sind, wird bei der Organentnahme ein sterbender, wehrloser Mensch mit Untersuchungen gequält, auf die Trage gelegt, in den Operationssaal gefahren. In manchen Fällen wird er sogar in ein anderes Krankenhaus transportiert. Er wird unter Aufrechterhaltung der Beatmung, der Herz- und Kreislauftätigkeit einem barbarischen Akt ausgeliefert. Und man nimmt ihm auch noch seinen Namen und macht ihn zur Nummer.

Aus dem Menschen Lorenz Meyer wurde die Nummer LS 005-91. Zu seinem Ende heißt es lapidar: „Einstellung der Herztätigkeit durch kalte Perfusion und der künstlichen Beatmung.“

In einer Mitteilung an uns heißt es dazu: Beim Hirntod bieten sich dem Neurologen zwei Möglichkeiten:

1. Die klassische Lösung:

die künstliche Hilfe wird unterbrochen, womit der Tod (des bereits Toten?) rasch eintritt.

2. Die humanitäre Lösung:

Der Familie wird die Organspende vorgeschlagen.

Das also sollte human sein, was mit Lorenz und uns geschehen war!

Durch die Organentnahme habe ich meinem Sohn in den letzten Stunden seines Lebens nicht zur Seite stehen können. Welche Mutter würde ihr Kind im Krankheitsfall verlassen? Ich muss damit leben, dass ich es im Sterben im Stich gelassen habe. Lorenz selbst konnte nicht mehr rufen: „Bleib bei mir!“ Meinem Bruder, der zwei Jahre zuvor gestorben war, konnte ich diesen Wunsch erfüllen. Er sprach ihn noch aus und ich versprach es ihm. Bei seinem Sterben konnte ich erfahren, wie viel Trost von einer würdevollen Begleitung ausgeht und wie sehr es in der Trauer hilft, einem Menschen die letzten Liebesdienste erwiesen zu haben. Auch geht am Ende oft eine Ahnung davon aus, dass das Leben mit diesem Leben nicht beendet ist. Das alles hat in der Transplantationsmedizin keinen Stellenwert. Ähnlich verhält es sich bei den christlichen Kirchen. In ihren Gesangbüchern finde ich Texte für die Begleitung Sterbender bis zuletzt. Ebenso höre ich Kirchenvertreter in öffentlichen Reden dafür eintreten, den Weg eines Sterbenden mitzugehen bis zuletzt. Wieso lassen sie bei Organtransplantation zu, dass der Mensch in seinem schwächsten Moment so entwertet und entwürdigt wird?

Wir wissen alle, dass es ein menschliches Urbedürfnis ist, im Sterben nicht verlassen zu werden und Abschied nehmen zu können. Schon bei einer Reise ist das Abschiednehmen wichtig! Hier ging es um den letzten, den endgültigen Abschied. Er wurde mir genommen und ich habe ihn mir nehmen lassen. Das hat die Trauer unendlich verschlimmert und ist quälend bis zum heutigen Tag.

Kein Leid eines Dritten rechtfertigt einen so würdelosen Umgang mit Menschen in ihrem schwächsten Moment. Kein Leid eines Dritten rechtfertigt, dass bei Sterbenden und ihren Angehörigen das Leid vergrößert wird. Kein Leid eines Dritten rechtfertigt, dass letzte Liebesdienste und Abschiednehmen keinen Wert haben, einfach geraubt werden können. Ich hätte mein sterbendes Kind unbedingt bis zuletzt begleiten und es nach seinem Tod unbedingt ein letztes Mal in die Arme nehmen müssen.

Mein Trost ist, dass die Hospiz-Bewegung weltweit wächst und damit das Bewusstsein und der Schutz für sterbende Menschen. Meine Hoffnung ist, dass Ärzte die Organtransplantation als Irrweg erkennen und ihren Sachverstand in andere Heilungswege investieren. Meine Verantwortung ist, meine Erfahrungen weiterzugeben und alles zu tun, dass die Öffentlichkeit über das, was Organspende wirklich heißt, aufgeklärt wird.

### **Nachtrag 2013:**

Da man damals schamlos unsere Schocksituation ausgenutzt hatte, wollten wir die betreffenden Ärzte zur Verantwortung ziehen. Als wir dazu endlich nach fünf Jahren in der Lage dazu waren, versuchten wir mit Hilfe eines Schweizer Rechtsanwaltes die Herausgabe der Krankenakte unseres Sohnes zu erwirken. Es folgte ein jahrelanger Briefwechsel, in dem das behandelnde Krankenhaus und das CHUV (Centre Hospitalier Universitaire Vaudois) um Herausgabe der Unterlagen gebeten wurde. Für uns endete der belastende Briefwechsel mit der Herausgabe der Kopien einiger Dokumente und einer Stellungnahme der Untersuchungskommission, die zu dem Ergebnis kam, dass alles rechtmäßig zugegangen sei. Ich war inzwischen an Krebs erkrankt. Wir gaben auf.

21 Jahre nach dem Unfall entdeckte einer unserer Söhne, selbst inzwischen Arzt, in den Unterlagen den ausführlichen Befund des Elektronenenzephalogramms (EEG), welches bei meinem Sohn Lorenz am Tag der Explantation durchgeführt worden war; hier ließen sich neben Spontanaktivität eindeutige Reaktionen auf Schmerzreize nachweisen. Im Befund des Neurologen wurde ausdrücklich betont, dass es sich keineswegs um ein Null-Linien-EEG handelte („il ne s'agit pas d'un tracé nul“). Obwohl dieser Befund auch damals schon nicht mit der Diagnose Hirntod vereinbar war und eine Organentnahme verboten hätte, setzte man sich darüber hinweg und führte die Explantation am gleichen Tag durch. Inzwischen wurde eine Strafanzeige wegen Mord eingereicht.

### **Zitate aus der Akte über Lorenz:**

- Untersuchungsbericht über die Organentnahme:  
„Die komplette Akte des Krankenhauses wurde konsultiert. Ein Operationsprotokoll oder ein Anästhesieprotokoll enthält diese Akte nicht, weil dieser Akt von einer Mannschaft des Transplantationszentrums ausgeführt worden ist.“
- Anästhesisten bringen bei chirurgischen Eingriffen oft ein Pflaster auf den Augen an, damit die Hornhaut während des Eingriffs nicht austrocknet (auf unsere Anfrage, ob gegen unseren Willen auch die Augen entnommen wurden).
- „Es befremdet, dass ein solcher Eingriff vorgenommen wird, ohne dass sich ein Eintrag in der Krankenakte finden lässt.“ (Schreiben der Patientenstelle)
- „Ein Operationsprotokoll existiert in diesem Fall wirklich nicht“ (Abschlussbericht)
- Eintragung des Transplantationszentrums: „Familie verweigert Herz und Leber“ (obwohl nur die Nieren freigegeben waren)
- Die Inzision (Einschnitt) fand um 13:05 Uhr statt und die kalte Perfusion (Einstellung der Herztätigkeit und der künstlichen Beatmung) wurde um 13:50 Uhr begonnen.

(Quelle: MEYER ZU BIESEN 2013, S. 4 - 11)



### 8. 1. 2 Bericht von Jürgen Meyer

- geboren 1940
- gestorben 2009
- Richter
- 4 Kinder
- wohnhaft in Bad Bodendorf
- Sohn Lorenz verunglückte 1991

#### Trauma Organspende

Mir fällt es nicht leicht, über die Organentnahme bei unserem Sohn Lorenz zu berichten. Das ist ein traumatisches Geschehen.

Über das Kind, den Unfall, den Tod und die Zeit danach kann ich gut sprechen. Das half mir sogar sehr in der Trauer. Ganz anders verhält es sich mit der Organentnahme. Die hatte ich verdrängt, darüber hatte ich Jahre nicht geredet - noch nicht einmal mit meiner Frau. Ich hatte mich geschämt und ich schäme mich noch heute, dass ich mich habe manipulieren und beim Sterben des Kindes wegschicken lassen, statt es zu begleiten bis zuletzt.

Einige sagen, so etwas komme heute in ihren Krankenhäusern nicht mehr vor. Aber das stimmt nicht. Die Methoden der Beeinflussung sind nur verfeinert und optimiert worden - zur Gewinnung von mehr Organen. Die Ausgangssituation ist gleich geblieben und sie wird sich nicht ändern, weil die Organtransplantation auf Kosten der liebevollen Begleitung im Sterben geht. Auch die Schocksituation, in der sich die Angehörigen befinden, lässt sich nicht wegzaubern. Sie wird, wie wir von Berichten über Eschede oder Kaprun wissen, ohnehin nur bei Katastrophen mit vielen Toten genügend berücksichtigt. Dass für alle Eltern, die plötzlich ein Kind verlieren, eine keinesfalls geringere Katastrophe eingetreten ist, wird meist vergessen.

Wir waren nach dem Unfall im Schock und nicht in der Lage, eine eigene Entscheidung zu treffen. Wir hätten damals alles getan, wozu wir aufgefordert worden wären. So geht es leider den meisten Betroffenen. In dieser Ausnahmesituation, in der man das Geschehen noch lange nicht begreift und in der der Verletzte lebendig vor einem liegt, mit Organtransplantation überrascht zu werden, empfinde ich als Manipulation und Grausamkeit.

Ich wollte doch bei dem Kind sitzen, ihm die Hand halten, auf seinem letzten Weg bei ihm sein.

- Stattdessen die Frage, ob wir Organe spenden wollten, die Aufzählung aller benötigten Organe, keine Information zum schrecklichen Ablauf der Organentnahme bei fort-dauernder Beatmung.
- Stattdessen habe ich mir über die vorgelegten Fragen den Kopf zerbrochen, bin herumgerannt, habe telefoniert - war unfähig, klare Gedanken zu fassen. Ich habe dann die Quälerei mit der Zustimmung in die Nierenentnahme beendet, weil ich endlich in Ruhe gelassen werden wollte, weil ich ganz für unser Kind da sein wollte. Nach der Missachtung der Zusagen, das Kind auf der Station aufzubahren, und dem Anblick des entstellten Kindes kamen Zweifel auf, ob wirklich nur die Nieren entnommen worden sind. Diese Zweifel habe ich sofort wieder verdrängt. Erst viel später verlangten wir die Unterlagen vom Krankenhaus. Die gab es angeblich nicht. Die Antwort nach jahre-langem Schriftwechsel lautete: Weil die Entnahme keinen Patienten mehr betroffen

habe, sondern einen Toten, sei sie nicht in der Krankenakte dokumentiert. Andere Dokumente waren widersprüchlich und unvollständig. Trotzdem zeigten die lückenhaften Unterlagen, dass selbst die Ärzte nicht an den "Hirntod" als Tod des Menschen glaubten.

**Es ergeben sich für Lorenz alleine vier Todeszeitpunkte:**

- **Dienstagmittag:** Zeitpunkt der Todesmitteilung an die Mutter und die Frage nach den Organen
- **Mittwoch 8.00 Uhr:** Zeitpunkt der Feststellung des sog. Hirntodes
- **Mittwoch 12.00 Uhr:** Todeszeitpunkt auf dem Nierenprotokoll beim Transplantationszentrum
- **Mittwoch 13.50 Uhr:** Zeitpunkt der Herbeiführung des Herzstillstandes und des Abstellens der Beatmung

Wie wenig an den "Hirntod" als Tod des Menschen geglaubt wird, zeigt auch der Umgang mit Narkose- und Schmerzmitteln. Einige Ärzte geben beides, andere nur eins davon oder überhaupt nichts. Selbst der Umgang mit Angehörigen von "Hirntoten" ist unterschiedlich, je nachdem, ob brauchbare Organe vorhanden sind oder nicht. Bei einem Kind, dessen Organe durch eine Infektion unbrauchbar waren, wurde den Eltern gesagt: "Bleiben Sie bei Ihrem Kind, es lebt noch, es versteht Sie irgendwie, begleiten Sie es bis zuletzt, das hilft später."

Im selben Krankenhaus wurde bei einem anderen Kind mit brauchbaren (transplantablen) Organen gesagt: "Das Kind ist tot, da sind keine Empfindungen und Wahrnehmungen mehr. Das einzige, was Sie noch tun können, ist zu entscheiden, ob Sie einem anderen mit einer Organspende helfen wollen oder nicht. Sie können ruhig nach Hause gehen, obwohl der Leib noch lebendig ist." - Wie bei uns!

Ich jedenfalls würde nach all den schmerzlichen Erfahrungen nie mehr ein Kind im Sterben verlassen.

(Quelle: MEYER 2013, S. 12 - 14)

### **8. 1. 3        Zustimmung der Ehefrau zur Organentnahme**

#### **Detlef Feichtinger**

- geboren am 31. März 1946
- Organspender am 14. August 2007

„Das ist unsere Geschichte“ sagt die Ehefrau Marilen Feichtinger.

Donaueschingen - Anfang August 2007: Bei Familie Feichtinger ist alles in bester Ordnung. Die Eltern Marilen und Detlef planen einen Ausflug mit Freunden an den Bodensee. Die Söhne Tobias, Fabian und Simon kommen übers Wochenende nach Hause zum Wäschewaschen und Freunde treffen, darauf freuen sich die Studenten schon seit langem.

Dann kommt alles anders: Plötzlich erleidet Detlef Feichtinger Hirnblutungen. Neun Tage kämpfen die Ärzte auf der Intensivstation im Bundeswehrkrankenhaus in Ulm um sein Leben. Die Familie ist bestürzt. Marilen Feichtinger erinnert sich: „Wir wechselten uns an seinem Bett ab, wir waren immer zu zweit, zu dritt bei ihm, hielten seine Hand, flehten: Bitte, mach Deine Augen auf - komm zu uns zurück - wir brauchen Dich - wir haben Dich lieb!“ Doch alle Therapieversuche sind vergebens.

Der behandelnde Arzt eröffnet die schreckliche Diagnose: „Ihr Mann wird nicht überleben. Der Durchblutungsausfall hat einen großflächigen Hirninfarkt ausgelöst und wir befürchten den Hirntod.“

Am 13. August 2007 stirbt Detlef Feichtinger mit 61 Jahren.

„Ein tiefes schwarzes Loch tut sich auf - das kann und darf doch nicht sein! Mitten aus dem Leben. Warum gerade er? Wie können wir das ertragen? Mein Mann, unser Vater ist tot?!“ erzählt Marilen Feichtinger. Die Söhne, die Ehefrau, seine beiden Brüder und die Schwägerinnen stehen unter Schock.

#### **Die Entscheidung zur Organspende**

Behutsam und mitfühlend spricht der Arzt mit der Ehefrau und den Söhnen über eine mögliche Organspende. Er sagt: „Lassen Sie sich Zeit, sprechen Sie miteinander darüber.“ Die Ärzte beantworten alle Fragen der Familie. Sie möchten wissen, wie die Organspende ablaufen wird. Und wieso Detlef künstlich beatmet wird, obwohl er doch bereits verstorben ist. Der Krankenhausarzt und ein Arzt der Deutschen Stiftung Organtransplantation (DSO) erklären den Ablauf der Operation zur Entnahme der Organe. Und weisen darauf hin, dass der tote Ehemann und Vater bis zu den Hirnblutungen bei guter Gesundheit gewesen sei, so dass die Organe sehr wahrscheinlich für schwerkranke Menschen nützlich sein können.

Schon nach einer Stunde Bedenkzeit und ernsten Gesprächen steht fest: Marilen Feichtinger wird als nächste Angehörige von Detlef Feichtinger einer Organspende zustimmen. Gemeinsam mit den Söhnen hat sie diese Entscheidung getroffen, wohl wissend, dass der Verstorbene ein sehr sozialer Mensch war, der gerne geholfen hat und gerne sein Leben mit anderen geteilt hat.

„Einen Sinn musste dieses Sterben doch haben“, so empfindet sie es heute noch. Und weiter: „Mein Mann besaß zwar keinen Spenderausweis, aber wir hatten gerade in letzter Zeit hin und wieder über

das Thema Organspende gesprochen. Ich hege überhaupt keine Zweifel, im Sinne meines Mannes entschieden zu haben.

Wir und alle, die ihn kannten, schätzten ihn als ungemein lebensbejahenden, großherzigen, verständnisvollen und gutmütigen Menschen, dem das Wohl des Nächsten immer ganz besonders am Herzen lag. Für mich war, trotz all dem Schmerz und Leid, die Hoffnung tröstlich, dass Menschen durch die Organspende meines Mannes lebenswertere Lebenszeit geschenkt werden konnte.“

### **Abschied**

Die Familie verabschiedet sich vom Vater bei einem gemeinsam gebeteten ‚Vater Unser‘ Hand in Hand. Bis zur Organentnahme am anderen Morgen bleiben sie alle bei ihm. Sie beten, weinen, lachen und erinnern sich an die schöne Zeit mit ihm. Dann ist für die Frau und die Söhne der richtige Zeitpunkt gekommen „Adieu“ zu sagen.

Der Leichnam von Detlef Feichtinger wird eingeäschert. Vier Tage später ist die Beerdigung auf dem heimischen Friedhof in Donaueschingen.

### **Eine gute Entscheidung**

Marilen Feichtinger ist eine fröhliche und gesellige Frau, die die Musik liebt. Sie berichtet in ihrem Freundes- und Bekanntenkreis, aber auch bei Gottesdiensten zum Tag der Organspende über ihre Erlebnisse. Wenn sie spricht, merkt jeder, dass sie damals für ihren Mann eine richtige Entscheidung getroffen hat, die sie heute wieder genau so treffen würde. Seit diesem Tag hat jeder in der Familie einen Organspendeausweis in der Tasche.

Über die DSO nahm Marilen Feichtinger anonym Kontakt zu den Organempfängern auf. Ein junger Familienvater hat zurück geschrieben und erzählt, dass er durch die schwere Erkrankung arbeitslos geworden war, doch nun, dank der Transplantation, kann er wieder zum Familieneinkommen beitragen. „Das ist einfach gigantisch“, sagt sie voller Freude.

(Quelle: BZgA 2011, S. 26 - 29)

#### **8. 1. 4      Das Schicksal von Ingrid Gickelhorn**

- geboren am 14. Mai 1961
- Dünndarmtransplantation am 3. Juli 2008

Ingrid Gickelhorn lebt mit ihrem Mann im Ostallgäu in einem kleinen Dorf nahe Kaufbeuren.

Kritische Situationen war Ingrid Gickelhorn gewohnt. Als Heilerziehungspflegerin einer Außenwohngruppe kümmerte sie sich 25 Jahre lang um lernbehinderte Jugendliche. Konflikte gehörten zum Alltag. Zweimal täglich pendelte Ingrid Gickelhorn 50 Kilometer hin und zurück von ihrem Haus bis zur Einrichtung in Ursberg - eine Selbstverständlichkeit, wenn man seinen Beruf als Berufung empfindet.

#### **Plötzlich: Lebensgefahr**

Dass diese Zeit mit einem Schlag vorbei sein könnte, ist für Ingrid Gickelhorn bis zum Herbst 2006 unvorstellbar. Doch eine Krankheit stellt das Leben von heute auf morgen auf den Kopf. Was sich zunächst wie ein Magen-Darm-Infekt anfühlt, stellt sich rasch als Darminfarkt heraus - eine ebenso selten gestellte wie lebensbedrohliche Diagnose.

Ihr Dünndarm stirbt trotz sofortiger Behandlung im Krankenhaus innerhalb von wenigen Stunden ab und muss entfernt werden. Auf einmal geht es nur noch darum zu überleben. Eine normale Ernährung ist ab sofort durch den fehlenden Darm nicht mehr möglich. Lebenswichtige Nährstoffe erhält Ingrid Gickelhorn von nun an über einen zentralen Venenkatheter unter dem Schlüsselbein. Auch ein künstlicher Darmausgang wird notwendig.

Sehr schnell ist klar, dass dieser Zustand keine Dauerlösung sein kann. Neben den Beschwerden infolge der künstlichen Ernährung verschlechtert sich auch der allgemeine Gesundheitszustand der Patientin. Immer wieder leidet Ingrid Gickelhorn unter Katheterinfekten, die sie schwächen. Sie nimmt 25 Kilogramm ab, fühlt sich schwach und kraftlos. Ihre Blutwerte verschlechtern sich rapide und auch ihre Leber- und Nierenwerte geben Anlass zu großer Sorge.

Hinzu kommen die alltäglichen Schwierigkeiten durch den künstlichen Darmausgang. Sehr häufig müssen Beutel und Flaschen gewechselt werden, an ein Durchschlafen ist nicht zu denken. „Meine gesundheitliche Situation ließ das Schlimmste befürchten“, blickt Ingrid Gickelhorn auf die kritischste Phase zurück.

Doch auch während dieser Zeit setzt sie alles daran, sich ein Stück weit ihre Selbstständigkeit zu bewahren. „Ich habe versucht, möglichst viel alleine zu erledigen und mich nicht zu sehr abhängig zu machen.“ Sie beweist einen ausgeprägten Willen, ihre Situation zu meistern.

„Ganz wichtig war mein intaktes Umfeld. Während der knapp zwei Jahre zwischen meiner Erkrankung und der Transplantation haben mir mein Mann und die gesamte Familie enorm geholfen. Auch meine Freunde standen mir stets zur Seite. Die tolle Unterstützung der Menschen, die mir wichtig sind, und mein christlicher Glaube haben entscheidend dazu beigetragen, dass ich die Chance hatte, diese Zeit zu überstehen“, ist Ingrid Gickelhorn überzeugt.

## **Der Ausweg**

Und tatsächlich gibt es berechtigten Anlass zu hoffen. Im Münchner Universitätsklinikum Großhadern, in dem sie fortwährend behandelt wird, weiß man einen Ausweg: eine Dünndarmtransplantation. Die Transplantation eines Dünndarms ist bislang sehr selten. Verglichen mit der Nieren-, Herz- oder auch Lebertransplantation hat man wenig Erfahrung gesammelt. Bis zu diesem Zeitpunkt ist bundesweit erst zwölf Mal ein Dünndarm transplantiert worden. Der Dünndarm enthält sehr viel Gewebe, das für die Immunabwehr bedeutend ist. Dadurch ist die Gefahr einer Abstoßung besonders groß.

Ingrid Gicklhorn kommt im Herbst 2007 auf die Transplantationsliste. Sie vertraut den Ärzten und setzt alle Hoffnung auf eine Transplantation. Monate, in denen ihr Name von der Liste genommen werden muss, weil sich der gesundheitliche Zustand verschlechtert hat, wechseln mit Phasen, in denen ihre Verfassung eine Transplantation ermöglicht. Im Juli 2008 erhält sie schließlich den erlösenden Anruf: Ein passendes Organ ist gefunden.

## **Die erste Semmel mit Butter**

Die Operation dauert vier Stunden und ist erfolgreich. „Meine Lebensqualität hat sich sofort verbessert“, sagt Ingrid Gicklhorn. Es folgen Momente voller Glücksgefühle: Vier Wochen nach der Operation isst sie ihre erste Brühe. Auch an den Geschmack der ersten Semmel mit Butter erinnert sie sich noch sehr genau. Langsam gewöhnt sich Ingrid Gicklhorn wieder daran, normal zu essen. Zehn Wochen nach der Operation verlässt die Patientin das Krankenhaus. Sie muss zwar sehr viele Medikamente einnehmen, damit das neue Organ nicht abgestoßen wird, doch die Nebenwirkungen bleiben beherrschbar.

Anfangs fährt die heute 49-Jährige alle zwei Wochen zur Kontrolle nach Großhadern. Inzwischen hat man die Untersuchungen im Klinikum deutlich reduzieren können. „Ich muss jetzt nur noch zwei Mal im Jahr in die Klinik“, berichtet sie zufrieden. Die Rückkehr in ein normales Leben gelingt Schritt für Schritt.

„Ich wollte nach der Transplantation so schnell wie möglich ans Meer und nach Berlin“, erzählt Ingrid Gicklhorn. Im Sommer 2009 reist sie mit ihrem Mann nach St. Peter-Ording an die Nordsee und kurz darauf in die Hauptstadt. „Diese Reisen waren ein großer Wunsch. Ich musste Orte kennenlernen, die ich bis dahin noch nicht gesehen hatte.“

Mit ihrem Mann hat Ingrid Gicklhorn vor 20 Jahren in einem 300-Seelen-Dorf im Ostallgäu ein altes Bauernhaus gekauft und liebevoll restauriert. In diesem von reichlich Fachwerk geprägten Kleinod hat sie während der schweren Zeit zwischen all den Krankenhausaufenthalten Zuversicht schöpfen können. Haus und Garten sind bis heute eine große Quelle der Kraft geblieben. Hier pflegt sie die Blumen und Hecken und zieht die Tomaten, die im Gewächshaus gedeihen.

## **Die Kraft kehrt zurück**

Auch im Haus wächst der Aktionsradius kontinuierlich. Viele Dinge, die zwei Jahre lang tabu waren, genießt Ingrid Gicklhorn in vollen Zügen. Die Kraft kehrt allmählich zurück. Sie braucht kaum noch Unterstützung, um die Hausarbeit zu erledigen. Das Kochen, das ihr schon immer Spaß bereitet hat, betreibt sie nun noch leidenschaftlicher. Ihrem größten Hobby, der Gartenarbeit, kann sie sich fortan wieder mit Hingabe widmen. Und es gibt einen lange gehegten großen Wunsch, den sie sich endlich erfüllen möchte: „Ich würde unglaublich gerne ein Kinderbuch schreiben.“

Andere, kleinere Träume hat sie bereits realisiert: Die Reifen des Mountainbikes, das nebenan im großen Schuppen steht, sind längst wieder aufgepumpt, die Bremsen nachgezogen und die Kette geölt. „Ich habe mich ganz langsam gesteigert. Mittlerweile radle ich bereits wieder zwei- bis dreimal wöchentlich.“ Ingrid Gicklhorn packt an, sie blickt optimistisch in die Zukunft und freut sich über jeden weiteren Schritt zurück in die Normalität. Auch wenn nicht alles wieder so werden wird wie vor dem Darminfarkt, so hat sie sich doch schon heute, zwei Jahre nach der Transplantation, einen großen Teil ihres früheren Lebens zurückerobert.

Trotzdem hat sich auch etwas Wesentliches verändert. „Meine Lebenseinstellung ist heute eine andere. Früher konnte ich mich über Kleinigkeiten aufregen. Dieser Lebensabschnitt liegt hinter mir. Viele Dinge haben jetzt einen anderen Wert. Ich weiß heute, was wirklich wichtig ist für mich.“

(Quelle: BZgA 2011, S. 34 - 39)

### **8. 1. 5 Bericht von Renate Focke**

- geboren 1945
- verheiratet
- 2 Kinder
- wohnhaft in Bremen
- Realschullehrerin, ehrenamtliche Hospiz-Mitarbeiterin
- Sohn Arnd verunglückte 1997

#### **Operation Explantation: ein unbarmherziger Tod**

##### **Das Unglück**

Im Herbst 1997 hatte mein Sohn Arnd einen schweren Unfall und musste noch am Unfallort beatmet werden. In der Klinik, in der man ein schweres Schädel-Hirn-Trauma feststellte, wurde er gleich in der Nacht operiert. Mein Mann und ich erfuhren erst am nächsten Morgen von seinem Unglück und erreichten nach etwa sechs Stunden Autofahrt das Krankenhaus. Arnd lag auf der Intensivstation, zusammen mit fünf oder sechs anderen Patienten, er wurde beatmet, hatte einen Kopfverband von der Operation, war an viele Geräte angeschlossen und lag wie schlafend da. Er war in ein künstliches Koma versetzt worden. An seiner rechten Schulter, die bloß lag, hatte er eine Prellung und über der linken Augenbraue eine Schnittwunde. Am Nachmittag hatten wir - das heißt unsere Schwiegertochter, unsere Tochter, mein Mann und ich - ein Gespräch mit der Ärztin, die ihn operiert hatte. Sie sagte, seine Überlebenschancen seien gering und die Diagnose „Hirntod“ sei wahrscheinlich. Mein Mann sagte spontan, dann würde uns wohl die Frage nach einer Organspende gestellt werden.

Einen oder zwei Tage später sprach uns die Stationsleiterin an und beglückwünschte uns zu der Entscheidung für eine Organspende. Wir sagten, wir hätten noch nicht darüber gesprochen, bekamen aber den Eindruck, wir müssten uns so schnell wie möglich entscheiden. Unsere Schwiegertochter sagte uns dann wenig später, Arnd hätte sich für Organspende ausgesprochen. Wir teilten das den Ärzten mit. Somit waren die Weichen für eine Organentnahme gestellt, und zwar schon vor der Hirntodfeststellung.

##### **Die Entscheidung**

Im Nachhinein frage ich mich, warum das so ablaufen konnte: Mein Mann und ich haben jeden Tag, bis spät in die Nacht, an Arnds Bett gesessen - abgesehen von den Zeiten, zu denen wir aus der Intensivstation geschickt wurden. Wir haben geredet, von früher erzählt und nicht ein einziges Mal das Gefühl gehabt, er sei tot. Sein Gesicht und seine Hände waren warm, sein Brustkorb hob und senkte sich und wir sahen seinen Herzschlag auf dem Monitor. Wir hielten seine Hände, fassten uns über seine Bettdecke hin an und waren eine Einheit. Ich wusste im Inneren, dass er sterben würde, und empfand diese letzte Zeit mit ihm als kostbar und begrenzt.

Den Gedanken an Organentnahme ließ ich nicht zu, denn er passte nicht zu meinem Erleben.

Meine Tochter, die zwischenzeitlich zu Hause gewesen war und zwei Tage später in die Klinik zurückkam, protestierte heftig gegen unsere vorweggenommene Zustimmung zur Organentnahme und sagte erschüttert: „Er ist doch keine Organbank!“ Ich hörte ihren Protest, verstand sie, aber stand ihr nicht bei. Denn über allem stand seine mündliche Erklärung für die Organspende.



Am nächsten Tag brach bei mir dasselbe Entsetzen aus. Wir redeten und kamen zu der Entscheidung, dass wir die Zustimmung zur Organentnahme zurücknehmen würden, wenn sie nicht noch an diesem Tag erfolgte. Damit haben wir den Ärzten die Verantwortung übergeben und sie unter Zeitdruck gesetzt. Unser sterbender Sohn wurde noch schutzloser.

Das Thema „Organtransplantation“ stand von Beginn an im Raum und hat den Abschied zusätzlich belastet. Uns war anfangs nicht klar, dass offiziell erst nach der Hirntodfeststellung die Frage nach einer Organspende gestellt werden darf, wie es dann auch die Transplantationskoordinatorin tat. Ihre Frage lautete: „War Ihr verstorbener Mann, Ihr Sohn, Ihr Bruder sozial eingestellt?“ Wer kann gleich nach der Todesnachricht dieser Suggestivfrage widerstehen und die Vermutung aufkommen lassen, der Angehörige sei womöglich unsozial gewesen? Wer hat die Kraft, die angebotene Tröstung abzulehnen, dass der Tod dieses geliebten Menschen nicht sinnlos sei, indem er das Leben anderer retten könne? Und wer hat in dieser existenziellen Notsituation die Klarheit, die eigenen Widerstände wahrzunehmen und ernst zu nehmen? Ich hatte diese Kraft und Klarheit nicht, abgesehen davon, dass wir unsere mündliche Zustimmung schon vorher gegeben hatten.

Vor dem Unfall war meine Einstellung zur Organspende eher positiv gewesen, im Sinne von: „Wenn ich tot bin, brauche ich meine Organe nicht mehr. Dann können andere Menschen damit weiterleben.“ Dass wir über eine mögliche Organentnahme bei einem unserer Kinder entscheiden müssten, daran hatte ich nie gedacht. Dass wir nicht nach unserer eigenen Einstellung dazu gefragt würden, sondern nach seinem mutmaßlichen Willen, das wussten wir nicht. Mein Inneres sagte mir, dass ich eine Organentnahme überhaupt nicht wollte, aber das schien nicht zu zählen.

### **Die offiziellen Informationen**

Im Organspendeausweis der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung heißt es: "Für den Fall, dass nach meinem Tod eine Spende von Organen/Geweben in Frage kommt..." Darin wird weder der Hirntod als Voraussetzung für eine Organentnahme genannt, noch wird erklärt, welche Organe oder Gewebe für eine Entnahme in Frage kommen.

„Sich informieren und dann entscheiden!“, so lautet eine Aufforderung in der Broschüre „Wie ein zweites Leben“ von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Informieren konnten wir uns in dieser Situation nicht. Wir bekamen im Krankenhaus auch keine Hinweise darüber, wie eine Organentnahme abläuft und dass eine Sterbebegleitung nicht möglich ist - wir haben aber auch nicht gefragt.

Wenn wir alle, auch unser Sohn, uns aber vorher informiert hätten mit Hilfe des von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung empfohlenen Informationsmaterials, wären wir wahrscheinlich zu keiner anderen Entscheidung gekommen. Denn was Organentnahme für den hirntoten Organspender und seine Angehörigen wirklich bedeutet, geht aus den Informationen und dem Organspendeausweis nicht her vor.

### **Die Zweifel**

Einige Zeit nach seinem Tod begannen meine Alpträume. In vielen Träumen durchlebte ich, dass er nicht richtig begraben war, dass seine Leiche in einem Aquarium trieb oder dass sein Leichnam aus dem Grab verschwunden war. Mir wurde dadurch eindringlich bewusst, dass mich zusätzlich zur Trauer um seinen Tod die Zustimmung zur Organentnahme belastete. Ich hatte Schuldgefühle, weil ich ihn

nicht davor geschützt hatte, und verschloss alles in mir. Erst nach langer Zeit konnte ich darüber reden, zuerst mit der Familie, dann mit Freunden. Schließlich fand ich im Internet eine Website mit Berichten von Eltern, die ähnliche Erfahrungen gemacht hatten. Das habe ich als eine große Erleichterung erlebt, und danach habe ich mich umfassend informiert.

## Die Akte

Etwa fünf Jahre nach seinem Tod fand ich den Mut, an die Klinik zu schreiben und das Recht auf Akteneinsicht wahrzunehmen. Die Kopien habe ich, über einen langen Zeitraum verteilt, immer dann gelesen, wenn ich die Kraft dazu hatte, und mit dem Transplantationsgesetz verglichen.

Das Hirntodprotokoll ist das entscheidende Dokument, das nach vorliegender Zustimmung des „Hirntoten“ oder der Angehörigen zu einer Organentnahme berechtigt.

Dies sind die wichtigsten Voraussetzungen für ein Hirntodprotokoll bei einer Hirnschädigung, wie sie mein Sohn hatte:

- Zwei klinische Untersuchungen von zwei voneinander unabhängigen Fachärzten, die mit der Organentnahme nichts zu tun haben dürfen.
- Zwischen den beiden klinischen Untersuchungen muss eine Wartezeit von mindestens 12 Stunden eingehalten werden.
- Die Wartezeit kann verkürzt werden, wenn statt der 2. klinischen Untersuchung eine apparative Untersuchung, z.B. ein Null-Linien-EEG, vorgenommen wird.
- Vor der ersten Hirntoduntersuchung muss sichergestellt sein, dass keine Medikamente mehr im Körper sind, die ein tiefes Koma vortäuschen könnten.

Und dies sind die Verstöße gegen das Transplantationsgesetz, die ich in den Akten gefunden habe:

- **Zwischen der 1. und der 2. klinischen Hirntoduntersuchung lagen nicht 12 Stunden, sondern 2 Stunden und 45 Minuten!**
- **Ein zusammenfassender Bericht (Epikrise), verfasst am 9.9.1999, also fast zwei Jahre nach der Organentnahme, erwähnt ein Null-Linien-EEG, das angeblich bei meinem Sohn vorgenommen wurde. Im entscheidenden Dokument, dem Hirntodprotokoll, ist jedoch kein Null-Linien-EEG aufgeführt. Auch in den Akten fanden sich keine EEG-Aufzeichnungen. Die Explantation hätte nach dem vorliegenden unvollständigen Hirntodprotokoll gar nicht durchgeführt werden dürfen!**

Mein Sohn war nach der Kopfoperation in ein künstliches Koma versetzt worden. Das Chemisch-Toxologische Gutachten ergab einen Befund von 1.24 mg/l Thiopental. In der Beurteilung des Gutachters steht: „Es ergeben sich Hinweise für eine Aufnahme von Thiopental (Trapanal). Eine weiterführende Beurteilung behalten wir uns vor.“ Die koordinierende Ärztin hatte uns gesagt, der Wert müsse vor der ersten Hirntoduntersuchung unter 1,0 liegen. Beim Vergleich der Zeitabläufe stelle ich fest: Das Fax mit dem Gutachten wurde von der Rechtsmedizin um 18.29 Uhr abgeschickt. Es wurde um 18.36 in der Klinik empfangen. Die 1. Hirntod-Untersuchung begann um 18.45 Uhr. Das heißt, sie haben das Ergebnis des Gutachtens, das eine weiterführende Beurteilung vorsah, überhaupt nicht berücksichtigt!

Dies sind eindeutig gravierende Verstöße gegen das Transplantationsgesetz. Mein Sohn war zwar vor Inkrafttreten des Transplantationsgesetzes explantiert worden, aber man hatte uns zugesichert, sie würden sich an das vom Parlament verabschiedete Gesetz halten. Außerdem galten vor Inkrafttreten die Richtlinien der Bundesärztekammer mit den gleichen Bestimmungen.

Im Folgenden beschreibe ich Vorgehensweisen, die zwar im Einklang mit dem Transplantationsgesetz stehen, mich aber besonders erschüttert haben:

1. Auf dem Operationsprotokoll steht „Narkoseprotokoll“. Daraus schloss ich, dass mein Sohn während der Organentnahme narkotisiert wurde. Doch Anästhesisten, denen ich das Operationsprotokoll gezeigt habe, stellten fest, dass mein Sohn zwar muskelentspannende Mittel, aber keine Narkose und keine Schmerzmittel erhalten hat.

Die Erklärung<sup>116</sup> dazu kann mich keineswegs beruhigen, denn auch Mediziner können ein Schmerzempfinden nicht ausschließen, weil das vollständige Versagen des Gehirns nicht nachweisbar ist. Bei Organentnahmen wurden immer wieder Hautrötungen, Schwitzen, Blutdruckanstieg und Abwehrbewegungen beim Einschnitt in den Körper festgestellt. Das sind bei anderen Operationen Anzeichen für Schmerz, nur bei „hirntoten“ Organspendern werden sie als bedeutungslose Reaktionen angesehen. Die Vorstellung, dass mein Sohn bei lebendigem Leib ohne Rücksicht auf noch mögliche Schmerzempfindungen ohne Vollnarkose explantiert wurde, ist unerträglich.

2. Bei meinem Sohn wurde dreimal die klinische Hirntoddiagnostik vorgenommen, und zwar um 18.45 Uhr, um 21.30 Uhr und noch einmal ohne Zeitangabe, vermutlich kurz vor der Explantation.

Zu einer klinischen Untersuchung gehören Reize mit Instrumenten, das Setzen von Schmerzreizen, indem der Untersuchende mit einer Nadel in die Nasenscheidewand sticht und indem 4 Grad kaltes Wasser in die Ohren gespült wird. Außerdem wird jedes Mal der Apnoe-Test gemacht: Dabei wird dem hirnverletzten Patienten die künstliche Beatmung für bis zu zehn Minuten entzogen, um feststellen zu können, ob er selbstständig zu atmen beginnt. Diese Untersuchung beeinträchtigt nach Aussage von Ärzten eindeutig die mögliche Erholung eines hirnverletzten Patienten und kann sogar den Tod des Patienten hervorrufen. Bei der Tagung der Päpstlichen Akademie der Wissenschaften in Rom 2005 wurde die Forderung erhoben, den Apnoe-Test als unethisches medizinisches Verfahren zu verurteilen und für ungesetzlich zu erklären.

Und diese Quälerei musste mein im Sterben liegender Sohn dreimal über sich ergehen lassen!

---

<sup>116</sup> In der Leitlinie der Anästhesiologie: Erklärung zum Hirntod steht: „Nach dem Hirntod gibt es kein Schmerzempfinden mehr. Deshalb sind nach dem Hirntod keine Maßnahmen zur Schmerzverhütung (z.B. Narkose) nötig. Die Tätigkeit eines Anästhesisten bei der Organentnahme - zu Maßnahmen wie z.B. der künstlichen Beatmung, der Kontrolle der Herzfähigkeit und des Kreislaufs sowie der notwendigen Ruhigstellung der Muskulatur - dient ausschließlich der Erhaltung der Funktionsfähigkeit der zu entnehmenden Organe“ (Focke 2013, S. 20).

Der geschäftsführende Arzt der DSO, Prof. Dr. med. W. Lauchert, teilte in einem Schreiben vom 25.09.2000 an die Pastorin Ines Odaischi mit: „Es ist in der Tat nicht zu belegen, dass eine für hirntot erklärte Person tatsächlich über keinerlei Wahrnehmungsvermögen, insbesondere Schmerzempfindlichkeit verfügt“ (Focke 2013, S. 20).

### 3. Wann war er endgültig tot?

Auf dem Hirntodprotokoll ist als Todeszeitpunkt 22.01 Uhr angegeben. Im Narkoseprotokoll von der Explantation finde ich die Begriffe „Kardioplegie (= künstlich herbeigeführter Herzstillstand), Blutleere, Hypothermie (= Kühlung der Organe durch Perfusionslösung von 4 Grad): Organentnahme“, eingetragen um 3.20 Uhr.

Unmittelbar vor der Entnahme hat man sein Blut aus dem Körper gespült und stattdessen eine vier Grad kalte Konservierungsflüssigkeit durch die Organe geleitet bei gleichzeitiger äußerer Kühlung der Organe im Körper. Danach wurde sein immer noch schlagendes Herz zum Stillstand gebracht.

Mein Sohn starb also einen Tag später um 3.20 Uhr. Der Todestag auf seinem Grabstein ist falsch!

### 4. Was hat man mit ihm gemacht in der Zeit zwischen dem Beginn der Explantation, seinem herbeigeführten Herzstillstand und dem Ende der Operation, in 3 Stunden und 45 Minuten?

Im Internet habe ich eine Website gefunden, in der es um die Entnahme der Bauchspeicheldrüse ging. Darin wird gesagt, dass auch der Zwölffingerdarm dabei entnommen werden muss. An anderer Stelle las ich, dass Teile der Milz oder Lymphknoten entnommen werden, um die Gewebeverträglichkeit mit den möglichen Empfängern abgleichen zu können.

Die Klinik, in der mein Sohn explantiert wurde, ist als Akademisches Lehrkrankenhaus einer Universität angegliedert.

Daher befürchte ich, dass sie zusätzlich zu den freigegebenen Organen - Herz, Leber, Nieren und Bauchspeicheldrüse - noch andere Gewebeteile entnommen haben. Denn diese sind nicht zustimmungspflichtig und sind nützlich für Transplantationen, Forschung und Pharmaindustrie.

Auf einer Website der Ethik-Kommission Göttingen steht ein Text zur „Durchführung von Forschungsvorhaben an Hirntoten“. Es wird gesagt, es sei wünschenswert, „dass vor Beginn von medizinischen Versuchen an Hirntoten eine Beratung durch die Ethik-Kommission erfolgt“. Aber die Berechtigung, Hirntote für Versuche zu verwenden, wird nicht grundsätzlich in Frage gestellt. Außerdem sind die Empfehlungen von Ethik-Kommissionen nicht verpflichtend.

Was hat man noch von meinem Sohn verwerten können? Zum Beispiel Samenflüssigkeit? Oder haben sie doch die Augen entfernt, obwohl wir deren Entnahme ausgeschlossen hatten? Ich finde eine Website, in der beschrieben wird, wie die Augenentnahme durch ein- gesetzte Glasaugen geschickt kaschiert werden kann. Auch die Gehörknöchelchen hätte man entnehmen können, ohne dass wir es bemerkt hätten. Er hatte ja nach der Kopfoperation einen Kopfverband. Hat man meinen Sohn während der Explantation vielleicht gefilmt, für Lehrzwecke? Niemand war da, um ihn zu schützen! Ich sehe ihn wieder vor mir, aufgebahrt im Sarg, sein Mund klein und verkrampft. Er hatte keinen friedvollen, gelösten oder ernsten Gesichtsausdruck wie andere Tote, die ich gesehen habe, sondern sah aus, als wäre er unter Schmerzen gestorben.

### Wie wäre er sonst gestorben?

Wenn wir nach der Hirntodfeststellung eine Organentnahme abgelehnt hätten, wäre kurz danach die Beatmung abgestellt worden. Sein Herz hätte noch stundenlang weiterschlagen können, so sagte man uns nach der Todesnachricht, und er wäre erstickt. In Berichten von Ärzten und Pflegern finde ich Beschreibungen von einem heftigen Todeskampf, bei dem viele meinen, es sei den Angehörigen nicht zumutbar, dabei zu sein.

Ich frage mich, ob nicht erst die Spenderkonditionierung (d.h. intensive medizinische Behandlung zur Erhaltung der Organe), die einen hirntoten Sterbenden mit allen Mitteln bis zur Organentnahme im Leben hält, diesen qualvollen Todeskampf herbeiführt. Denn die Spenderkonditionierung muss laut Ärzteblatt schon beim „klinischen Eindruck des Hirntodes beginnen“.

### **Diese Behandlung eines tief komatösen Patienten als potenziellen Organspender schon vor der Hirntodfeststellung verstößt gegen das Transplantationsgesetz!**

Oder mein Sohn wäre ohne Spenderkonditionierung bei künstlicher Beatmung wegen Lungenversagens an einem Herz-Kreislauf-Stillstand gestorben.

Im Nachhinein weiß ich, dass es besser gewesen wäre, wenn mein Sohn schon vor Abschalten der Beatmung gestorben wäre, aber in beiden Fällen hätten wir ihn bis zuletzt begleiten können.

### **Der sogenannte Hirntod**

„Hirntod“ bedeutete für mich vor dem Unglück den Tod des Menschen, wie es der Begriff auch nahe legt. Das habe ich nicht hinterfragt. Doch bei meinem Sohn hatte ich nicht einen Moment das Gefühl, er sei tot. Er sah lebendig aus und wurde die ganze Zeit über intensiv behandelt und versorgt. Er würde sterben, das befürchtete ich. Und einen Sterbenden lässt man üblicherweise nicht allein, sondern begleitet ihn bis zum Tod und über den Tod hinaus.

Trotzdem konnte ich der Feststellung, er sei tot, nichts entgegensetzen. Warum nicht? Diese Frage lässt mich nicht los. Auf der Suche nach einer Antwort mache ich die extreme Schocksituation verantwortlich, in der wir uns befanden. Aber das ist es nicht allein. Ich denke, mein Versagen hat noch mit etwas Anderem zu tun: „Organspende rettet Leben“, „Leben weitergeben“ und „Schenken Sie Leben“ sind zu stehenden Redewendungen und eingängigen Bildern geworden, die sich unmerklich eingegraben haben in unseren Wortschatz und unser Wertesystem. Auch die Kirchen haben bekräftigt, dass Organspende im Namen der Nächstenliebe erfolgen kann.

Wie kann ich etwas, was so gut und segensreich zu sein scheint, in Frage stellen? Doch die Diskrepanz zwischen dem, was an Positivem mit der Organspende von Hirntoten verknüpft wird, und meinem eigenen Erleben ist unüberwindlich.

### **Mein Entsetzen**

Mich macht wütend, dass die Transplantations-Organisationen auf eine umfassende Information der möglichen Organspender und der Öffentlichkeit verzichten. Sie verweigern auch Informationen darüber, dass der sogenannte Hirntod nicht der Tod ist, den wir bisher gekannt haben. Und sie sagen nicht, dass Organentnahme eine Sterbebegleitung durch die Angehörigen unmöglich macht. Stattdessen setzen sie auf eine große Akzeptanz in der Bevölkerung, weil Organtransplantationen kranken Menschen das Leben verlängern oder erheblich erleichtern können. Und im Ernstfall werden uninformierte Angehörige von Hirntoten dann überrumpelt, so wie es uns ergangen ist.

Ich fühle mich missbraucht durch eine Medizin, die einen neuen Todesbegriff einführt und Menschen, deren Gehirn unumkehrbar geschädigt ist, vorzeitig für tot erklärt, indem man sie aufteilt in eine tote Person einerseits und einen lebenden Restkörper andererseits. Die Hirntoddiagnose - wie es das 1997

vom Bundestag verabschiedete Transplantationsgesetz besagt - ermöglicht nach der Zustimmung den Zugriff auf den Hirntoten und die Verwertung des "Restkörpers". Mein Sohn war kein Restkörper, sondern ein sterbender Mensch, der unsere liebevolle Begleitung und Schutz vor Manipulationen in seinem Sterbeprozess gebraucht hätte. Ich hätte uns behandelnde Ärzte gewünscht, die offen mit uns über die Konsequenzen einer Organentnahme geredet hätten. Aber das Transplantationsgesetz verpflichtet Ärzte dazu, potenzielle Organspender zu melden. Intensivmediziner stehen dadurch vor dem Dilemma, das Wohl des ihnen anvertrauten sterbenden Patienten gegen das Wohl von potenziellen Organempfängern abwägen zu müssen. Ich wünsche mir viele mutige Ärzte und Pflegekräfte, die sich dem gesellschaftlichen Druck widersetzen, Menschen mit Hirnversagen unter dem Aspekt der Verwertbarkeit für andere zu sehen und zu behandeln.

Das Grundrecht der Menschen, gerade in der letzten Lebenszeit unbehelligt zu bleiben von den Ansprüchen Dritter, ist durch das Transplantationsgesetz außer Kraft gesetzt worden.

Mir bleibt das Entsetzen darüber, dass mein Sohn Arnd einen gewaltsamen Tod hatte. Jetzt muss ich mit dem Geschehenen leben. Meine Hoffnung ist, dass ich andere Menschen dazu anregen kann, sich auch die Seite der Spender und ihrer Familien anzusehen. Dann können sie im Ernstfall hoffentlich eine Entscheidung treffen, mit der sie im Einklang sind.

(Quelle: FOCKE 2013, S. 15 - 24)

## **8. 2            Organe spenden?**

### **Ein Leitfaden zur persönlichen Entscheidungsfindung**

Nachfolgender Leitfaden kann zur persönlichen Entscheidungsfindung genutzt werden. Dieser wurde im April 2013 in einer „Arbeitshilfe zum Weitergeben“ der Evangelischen Frauen in Deutschland e.V. von KATHARINA FRIEBE und MARGOT PAPENHEIM veröffentlicht.



## Organe spenden?

### Ein Leitfaden zur persönlichen Entscheidungsfindung

Vorschlag zum Verfahren: Legen Sie zwei Blätter bereit – eins mit der Überschrift „Das spricht für mich für Organspende“, eins mit „Das spricht für mich gegen Organspende“. Lesen Sie die folgenden Fragen und Argumente und überlegen Sie: Ist der jeweilige Aspekt für meine Meinungsbildung wichtig? Wenn ja, kennzeichnen Sie ihn in der kleinen Spalte.  
Prüfen Sie nun die für Sie wichtigen Aspekte: Habe ich mir hierzu bereits eine Meinung gebildet?

**Falls ja:** Spricht sie dafür oder dagegen, dass ich Organspende/rin werde? Formulieren Sie Ihre Sichtweise in eigenen Worten und schreiben sie dann (so kurz oder lang, wie es für Sie richtig ist) auf das passende Blatt.

**Falls nein:** Was fehlt mir für meine Meinungsbildung? Eine sachliche Information? Oder eher ein beratendes Gespräch, etwa mit meiner Ärztin oder meinem Pfarrer, meiner Tochter, meiner besten Freundin ...? – Notieren Sie in der freien Spalte, wo Sie Information oder ein Gespräch suchen wollen. Schreiben Sie Ihre daraufhin entwickelte Meinung auf das entsprechende Blatt.

Legen Sie die beiden Blätter nebeneinander und überlegen, ob Sie damit eine ausreichende Basis für Ihre Entscheidung haben. Nehmen Sie ernst, dass es hier bei um kaum eindeutig zu klärende Fragen im Grenzland zwischen Leben und Tod geht – es ist darum angemessen, wenn Sie nicht „nur“ der Informationsverarbeitung durch Ihren Kopf Gewicht geben, sondern auch auf Ihre innere Stimme und Ihr „Bauchgefühl“ hören. Haben Sie sich entschieden, besorgen Sie sich einen Organspende-Ausweis und dokumentieren dort Ihren Willen; denken Sie daran, ggf. Festlegungen in Ihrer PatientInnenverfügung zu ändern bzw. zu ergänzen. Und wenn Sie sich (jetzt oder überhaupt) nicht entscheiden können oder wollen? Das sollten Sie allerdings Ihren engsten Angehörigen unbedingt sagen, damit diese im Fall des Falles wissen, dass eine Entscheidung Ihrem „mutmaßlichen Willen entsprechend“ nicht möglich ist.

Wie will ich sterben? Für viele Menschen ist die Vorstellung, dass ihr Sterben durch die Möglichkeiten der Apparatemedizin verlängert wird, ein Albtraum. Darum legen viele in einer PatientInnenverfügung	ihre Ablehnung von Maßnahmen fest, die nur noch den Sterbeprozess verlängern. Um Organspende/rin sein zu können, müsste ich für den Fall meines Hirntods den Wunsch „ohne Apparate zu sterben“	zurückstellen, da intensivmedizinische Behandlung (z.B. Weiterbeatmung nach Eintritt des Hirntods) notwendig ist.	
Viele Menschen hoffen, dass eine/r oder mehrere ihrer Liebsten bei ihnen sind, wenn sie sterben. Die meisten Organe aber können nur transplantiert werden, wenn sie bis zur Entnahme durchblutet bleiben. Daher muss auch nach Feststel-	lung des Hirntodes das Herzkreislaufsystem maschinell aufrecht erhalten werden. Für meine Angehörigen bedeutet das, dass sie mich „als Tote“ / als Tote“ gehen lassen müssen, während mein Brustkorb sich hebt und senkt, meine Haut warm	ist, mein Herz schlägt. Erst Stunden später, nach der Explantation (Entnahme der Organe), werden sie – wenn sie wollen – vor meiner Leiche stehen und sich endgültig verabschieden können.	
Ohne Organspendeausweis werden meine engsten Angehörigen (Ehegattin oder Lebenspartnerin, Kinder, Eltern, Geschwister) im Falle meines Hirntodes aufgefordert werden, an meiner Stelle zu	entscheiden. Habe ich mich nicht klar dazu geäußert, sollen sie nach meinem „mutmaßlichen Willen“ entscheiden. Ist auch der nicht bekannt, werden sie zu einer Entscheidung aufgrund ihrer eigenen	ethischen Wertvorstellungen aufgefordert. Ob meine Angehörigen eine Entscheidung treffen oder verweigern – sie werden mit der Frage weiterleben, ob sie sich richtig verhalten haben.	
Eine Organtransplantation ist manches Mal die allerletzte medizinische Möglichkeit, um das Leben eines Menschen zu retten oder wenigstens erträglicher zu	machen. Viele halten dies für ein so hohes Gut, dass dahinter alle Bedenken zurückstehen müssen. Andere befürchten, dass mit der Transplantationsmedizin	Grenzen überschritten werden, die eine Gesellschaft nicht überschreiten sollte – zum Beispiel die „Verzweckung“ eines Menschen zum Nutzen anderer.	

Fast jede/r kennt inzwischen Menschen, die nicht mehr leben würden, wenn sie nicht rechtzeitig ein Spenderinnenorgan bekommen hätten. Manche meinen: Angesichts dessen ist es kleinlich, ja geradezu zynisch darüber nachzudenken, ob die Weiterentwicklung der Transplantationsmedizin um jeden Preis zu rechtfertigen ist. Andere betonen: Bei der Frage der Organtransplantation geht es	um eine gesellschaftsethische Entscheidung, bei der Einzelschicksale zwar beachtet werden sollen, aber nicht den Ausschlag geben dürfen.
cherem inneren Todeszeichen“ die Voraussetzung für eine Organentnahme „nach dem Tod“ gegeben ist. Allerdings sagen zunehmend auch MedizinerInnen, dass mit dem Hirntod zwar der Sterbeprozess eines Menschen unumkehrbar geworden	sei, Hirntote aber sterbende und eben nicht tote Menschen seien. Ihr endgültiger Tod trete erst dann ein, wenn das Herz im Operationssaal entnommen bzw. die Aufrechterhaltung des Herz-Kreislauf-Systems beendet werde.
Die Kirchen sagen, dass Organspende ein Ausdruck christlicher Nächstenliebe sein kann, aber keine ethische Christinnenpflicht ist. Umso mehr bin ich als Christin gefordert, mir meine eigene Meinung zu bilden – zum Beispiel zu der Frage, wer eigentlich in diesem Zusammenhang meine Nächsten sind: meine Angehörigen oder diejenigen, die auf ein Organ warten. Zu fragen ist darüber hinaus, ob	in diesem Falle das Gebot der Nächstenliebe und das biblische Tötungsverbot in Konkurrenz zueinander stehen.
Durch die Skandale in der jüngeren Vergangenheit sehen viele sich in der Befürchtung bestätigt, dass dem gesamten „System“ nicht zu trauen ist. Also verweigern sie lieber die Zustimmung zur Ex-	nicht unter den kriminellen Machenschaften Einzelner leiden dürfen. Im Prinzip sei das Vergabeverfahren gerecht und durch Verbesserung der Kontrollen auch ausreichend vor Manipulationen geschützt.
Viele sagen, dass es ihnen egal ist, was nach ihrem (Hirn-) Tod mit ihrem Körper geschieht – und wenn ihre Organe Leben retten könnten, sei dies allemal besser	wendung“ von Teilen ihres Körpers als „Recyclingmasse“ als menschenunwürdig ab.
PolitikerInnen, Kirchenleute, ÄrztInnen – alle scheinen sich einig zu sein. Organtransplantationen seien wichtig, denn täglich sterben Menschen, weil es zu wenige Organe gebe. Große Teile der Bevölkerung	Information und Zustimmung zur Organspende. Sie weisen darauf hin, dass Zweifel auch und gerade dann entstehen bzw. sich verstärken, wenn Menschen sich umfassend informiert haben.
Bei der Werbung um Organspenden wird oft darauf hingewiesen, dass die Wahrscheinlichkeit, selbst einmal ein Spenderinnenorgan zu benötigen, größer ist als	selbst einmal ein Organ zu benötigen, um weiterleben zu können, meine Entscheidung?
Wenn ich einen Organspendeausweis ausfülle, kann ich generell „Organ- und Gewebespende“ im Falle meines Hirnto-	erlauben oder auszuschließen.
Das Hirntodkonzept geht davon aus, dass Menschen mit Hirntod-Diagnose keinen Schmerz mehr empfinden können. Daher werden in Deutschland Explantationen in aller Regel ohne Vollnarkose vorgenommen	aus naturwissenschaftlicher Sicht) und empfehlen, die Bereitschaft zur Organspende von einer Vollnarkose abhängig zu machen und dies auf dem Organspendeausweis zu dokumentieren.

Quelle: (FRIEBE, PAPENHEIM 2013, S. 66 - 67).




### 8. 3 Ausweise und Erklärungen für und gegen Organ- und Gewebespende

Nachfolgende Ausweise können genutzt werden, um den persönlichen Willen für oder gegen eine Organ- oder Gewebespende zu dokumentieren.

#### 8. 3. 1 Alternativer Organspendeausweis der KAO (Kritische Aufklärung Organtransplantation):


Erklärung zur Organspende	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ich widerspreche jeglicher Hirntoddiagnostik</li> <li>Ich widerspreche der Entnahme von Organen, Geweben und Knochen</li> </ul> <p>Zur Durchsetzung meines Willens soll folgende Person benachrichtigt werden:</p>	<p><b>Ich bin KEIN/E Organspender/in-empfänger/in!</b>  <i>Je ne suis pas donneur/recepteur d'organe!</i>  <b>I am no organ donor/recipient!</b></p> <p style="font-size: small;">Weitere Infos unter: <a href="http://www.Initiative-KAO.de">www.Initiative-KAO.de</a></p>
	Name, Vorname _____ Telefon _____	Name, Vorname: _____
	Straße _____ PLZ, Ort _____	Straße, Haus-Nr.: _____
	Datum _____ Unterschrift _____	PLZ, Ort: _____ Geburtsdatum: _____ Datum, Unterschrift: _____



**KAO**  
Kritische Aufklärung über Organtransplantation e.V.




Quelle: (KAO 2014, o. S.).

#### 8. 3. 2 Nicht-Organspendeausweis der InteressenGemeinschaft Kritische Bioethik Deutschland:

Nicht-Organspenderausweis		Erklärung zur Organspende
<p>Name, Vorname _____ Geburtsdatum _____</p> <p>Straße _____ PLZ _____ Wohnort _____</p> <div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-right: 10px;">             Interessengemeinschaft Kritische Bioethik Deutschland           </div> <div style="text-align: center;">  </div> <div style="background-color: red; color: white; padding: 10px; font-weight: bold; font-size: 1.2em;">             Organentnahme ? Nicht bei mir !           </div> </div> <p style="font-size: small;">Antworten auf Fragen zum Thema Organspende / Transplantation / Hirntod finden Sie auf der Informationsseite der Interessengemeinschaft Kritische Bioethik Deutschland unter <a href="http://www.organspende-aufklaerung.de">www.organspende-aufklaerung.de</a></p>		
<p>Für den Fall, dass nach meinem festgestellten „Hirntod“ eine Entnahme von Organen / Geweben / Knochen zur Transplantation medizinisch gewünscht sei, erkläre ich:</p> <p><b>Ich widerspreche grundsätzlich jeglicher Entnahme von Organen, Gewebe oder Knochen.</b> Der Hirntod bedeutet für mich nicht den Tod des Menschen, sondern einen unumkehrbaren Prozess im Sterben, den es zu achten und zu respektieren gilt und der liebevoller Begleitung bedarf.</p> <p><b>Ich lehne daher im Bewusstsein aller Konsequenzen auch den Erhalt eines Spenderorgans ab.</b></p> <p><b>Im Falle meines (bevorstehenden) Todes bitte ich um Benachrichtigung folgender Person(en):</b></p>		
<p>Name, Vorname _____ Telefon _____</p> <p>Straße _____ PLZ _____ Wohnort _____</p> <p>DATUM _____ erneuert am _____ UNTERSCHRIFT _____</p>		

Quelle: (INTERESSENGEMEINSCHAFT KRITISCHE BIOETHIK DEUTSCHLAND 2014, o. S.)

### 8. 3. 3      **Organspendeausweis der BZgA (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung):**

Erklärung zur Organ- und Gewebespende	Für den Fall, dass nach meinem Tod eine Spende von Organen/Geweben zur Transplantation in Frage kommt, erkläre ich:		Organspendeausweis		 nach § 2 des Transplantationsgesetzes
	<input type="radio"/> JA, ich gestatte, dass nach der ärztlichen Feststellung meines Todes meinem Körper Organe und Gewebe entnommen werden.		Organspende		
	oder <input type="radio"/> JA, ich gestatte dies, mit Ausnahme folgender Organe/Gewebe:				
	oder <input type="radio"/> JA, ich gestatte dies, jedoch nur für folgende Organe/Gewebe:				
	oder <input type="radio"/> NEIN, ich widerspreche einer Entnahme von Organen oder Geweben.				
	oder <input type="radio"/> Über JA oder NEIN soll dann folgende Person entscheiden:		Name, Vorname <input type="text"/> Geburtsdatum <input type="text"/> Straße <input type="text"/> PLZ, Wohnort <input type="text"/>  Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung		
	Name, Vorname <input type="text"/> Telefon <input type="text"/> Straße <input type="text"/> PLZ, Wohnort <input type="text"/>				
	Platz für Anmerkungen/Besondere Hinweise DATUM <input type="text"/> UNTERSCHRIFT <input type="text"/>				
			 schenkt Leben.		
		Antwort auf Ihre persönlichen Fragen erhalten Sie beim Infotelefon Organspende unter der gebührenfreien Rufnummer 0800 / 90 40 400.			

Quelle: (BZgA 2014 b, o. S.).

#### 8. 3. 4

#### Alternative Erklärung zur Organspende:

Für den Fall, dass nach der Feststellung meines „Hirntodes“ eine Entnahme von Organen/Geweben in Frage kommt, erkläre ich:

1. Ich habe mich darüber informiert, was „Hirntod“ bedeutet. Die beigegefügte Erklärung zur „Hirntoddefinition“ habe ich gelesen.
2. Mit meiner Familie und mit meinen Freunden habe ich über meine Zustimmung zur Organspende gesprochen. Sie akzeptieren meine Entscheidung.
3. Einer Organentnahme stimme ich nur dann zu, wenn sie unter Narkose vorgenommen wird.
4. Einer Organentnahme stimme ich nur dann zu, wenn während der Explantation ein Patientenvertreter die Wahrung meiner Interessen kontrolliert.
5. Ich stimme ausdrücklich nur der Entnahme folgender Körperteile zu:  
.....  
.....  
.....
6. Meine Angehörigen sind darüber informiert, dass sie laut Transplantationsgesetz das Recht auf Akteneinsicht haben (§ 3 Absatz 3, § 4 Absatz 4, § 5 Absatz 2).

(Name, Vorname).....

(Geburtsdatum).....

(Straße, Hausnummer).....

(PLZ, Wohnort).....

(Datum, Unterschrift).....

Frau Dr. med. Ackermann-Grüger, die stellvertretende Vorsitzende der Internationalen Gesellschaft für Sterbebegleitung und Lebensbeistand (IGSL), hat am 21.8.2002 bei einem Vortrag im Hospiz Ingelheim vorgeschlagen:

„Der „Hirntod“ wurde per Gesetz zum Zeitpunkt der Organentnahme bestimmt. Dieser sogenannte Hirntod stellt einen Punkt im Sterbeprozess dar, bedeutet den unwiderruflichen Ausfall des Gehirns und ist damit das Signal, dass der Sterbevorgang nicht mehr rückgängig zu machen ist.

Da kein Mensch weiß, was Sie zu diesem Zeitpunkt noch hören, fühlen, riechen, was an Schmerzempfindung vorhanden ist, empfehlen wir Ihnen, mit dem Ausfüllen dieses Ausweises den Wunsch nach einer Narkose bei der Organentnahme zu dokumentieren.“

Quelle: (Focke 2014 a, S. 12).

### 8. 3. 5

### Alternative Erklärung zur Gewebespende:

Für den Fall, dass nach meinem Tod (irreversibler Herz- und Kreislaufstillstand) eine Entnahme von Körperteilen in Frage kommt, erkläre ich:

1. Von den nach heutigem Stand (2014) möglichen Körperteilen, die nach dem Tod entnommen und verpflanzt werden können - Knochen, Knochenteile, Gehörknöchelchen, Knochenmark, Augenhornhäute, Gehirnhaut, Haut, Herzklappen, Zirbeldrüse - bin ich bereit, ausschließlich nur folgende Körperteile zu spenden:
2. Mit meiner Familie und mit meinen Freunden habe ich über meine Einwilligung in die Entnahme von Körperteilen gesprochen. Sie akzeptieren meine Entscheidung.
3. Einer Entnahme von Körperteilen stimme ich nur dann zu, wenn während der Explantation ein Patientenvertreter die Einhaltung meines Willens überwacht.
4. Meine Angehörigen sind darüber informiert, dass sie laut Transplantationsgesetz das Recht auf Akteneinsicht haben (§ 3 Absatz 3, § 4 Absatz 4, § 5 Absatz 2).

(Name, Vorname).....

(Geburtsdatum).....

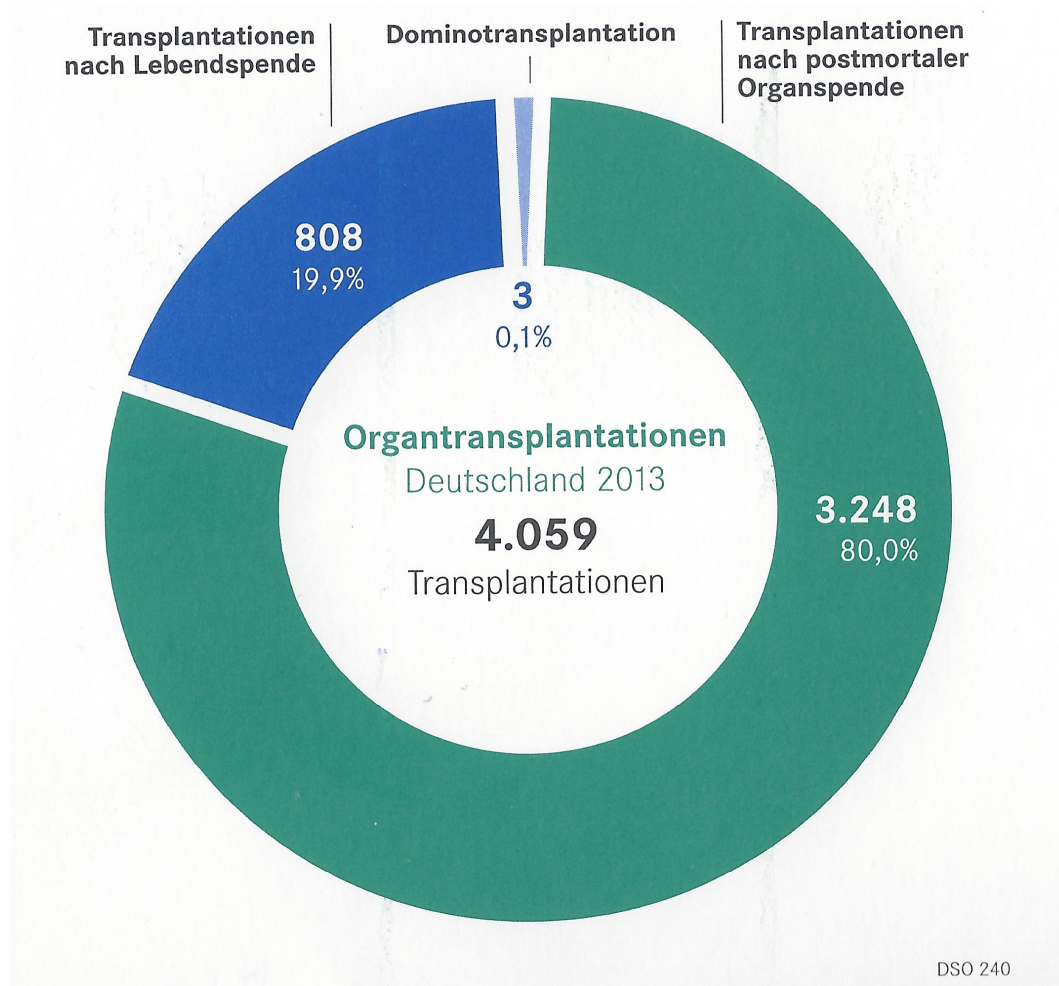
(Straße, Hausnummer).....

(PLZ, Wohnort).....

(Datum, Unterschrift).....

Quelle: (Focke 2014 a, S. 13).

#### 8. 4 Transplantierte Organe in Deutschland im Jahr 2013



Quelle: (DSO 2014 a, S. 24).

#### 8. 5 Übersicht internationaler Zustimmungsregelungen zur Organspende

**Deutschland:** In Deutschland gilt die sogenannte „Erweiterte Zustimmungslösung“.

Wenn ein Organspendeausweis mit einer Zustimmung zur Organspende vorliegt, können Organe und Körperteile entnommen werden. Auch die Angehörigen können nach dem Willen des Spenders gefragt werden. Wenn keine Einschränkungen festgelegt wurden, kann die Explantation als Multiorganentnahme erfolgen (vgl. FÖCKE 2014 b, o.S.).

- Japan:** Hier gilt die sogenannte „**Enge Zustimmungslösung**“.  
Organe und Körperteile dürfen nur dann entnommen werden, wenn der Spender eine ausdrückliche Einwilligung zu Lebzeiten erteilt hat. Angehörige können nicht befragt werden (vgl. FOCKE 2014 b, o.S.).
- Frankreich:** Hier gilt die sogenannte „**Informationslösung**“.  
Nur wer eine schriftliche Ablehnung zur Organspende bei sich hat, wird nicht als Organspender angesehen. Die Angehörigen werden informiert, dass eine Organspende vorgesehen ist. (vgl. FOCKE 2014 b, o.S.).  
Ihnen steht jedoch kein Einspruchsrecht zu (vgl. DSO 2005, S. 11).
- Österreich:** Hier gilt die sogenannte „**Widerspruchslösung**“.  
Menschen, die keine schriftliche Ablehnung zur Organspende bei sich tragen, sind im Falle der Hirntodfeststellung Organspender. Diese Regelung gilt auch für Touristen. Es gibt die Möglichkeit sich in Österreich ein Widerspruchsregister zur Ablehnung der Organspende eintragen zu lassen (vgl. FOCKE 2014b, o.S.).  
Widerspruchsformulare zum Herunterladen unter: [www.aktion-leben.de](http://www.aktion-leben.de)
- Russland:** Hier gilt die sogenannte „**Erweiterte Widerspruchslösung**“.  
Auch hier sind Menschen, die keine schriftliche Ablehnung zur Organspende bei sich tragen, im Falle der Hirntodfeststellung, Organspender. Die Angehörigen, die den Willen des Verstorbenen, den er zu Lebzeiten erklärt hat, nachweisen, können eine Organspende abwenden (vgl. FOCKE 2014 b, o.S.).
- Bulgarien:** Hier gilt die sogenannte „**Notstandslösung**“  
Auch, wenn ein Widerspruch vorliegt, ist eine Organentnahme immer möglich (vgl. FOCKE 2014 b, o.S.).
- Belgien, Spanien, Portugal, Italien, Polen:**  
Auch hier gilt die „**Widerspruchslösung**“ (vgl. KUHRT 2012, o.S.)
- Großbritannien, Niederlande, Schweiz:**  
Hier gilt die „**Zustimmungslösung**“ (vgl. KUHRT 2012, o.S.)

Weitere Informationen dazu unter: [www.transplantation-information.de](http://www.transplantation-information.de)

## 8. 6            Weiterführende Literaturhinweise

Neben den im Literaturverzeichnis aufgeführten Internetquellen und Literaturhinweisen möchte ich für das eigene Recherchieren auf folgende weiterführende Informationen hinweisen:

- Stefan Rehder, „Grauzone Hirntod. Organspende verantworten“  
         erschienen 2010 beim St. Ulrich Verlag GmbH, Augsburg
  
- Ulrike Baureithel und Anna Bergmann, „Herzloser Tod. Das Dilemma der Organspende“  
         erschienen im Klett-Cotta Verlag, Stuttgart
  
- KAO – Kritische Aufklärung über Organtransplantation, Organspende, Hirntod.  
         (Aktuelles, Materialien, Themenbereiche, Presse)  
         [www.initiative-kao.de/](http://www.initiative-kao.de/)
  
- DSO – Deutsche Stiftung Organtransplantation (Koordinierungsstelle nach § 11 des deutschen  
         Transplantationsgesetzes; für die Organisation der Organspende in Deutschland verantwortlich)  
         [www.dso.de/](http://www.dso.de/)
  
- Eurotransplant (Vermittlungsstelle aller Spenderorgane zu Transplantationszwecken)  
         [www.eurotransplant.org](http://www.eurotransplant.org)
  
- InteressenGemeinschaft Kritische Bioethik Deutschland  
         (Antworten auf Fragen zum Thema Organspende, Transplantation, Hirntod)  
         [www.organspende-aufklaerung.de](http://www.organspende-aufklaerung.de)

## 9 Erklärung

Die vorliegende Masterarbeit wurde von mir selbständig und nur unter Verwendung der angegebenen Hilfsmittel angefertigt. Alle Stellen, die wörtlich oder sinngemäß aus veröffentlichten oder unveröffentlichten Schriften entnommen sind, habe ich als solche gekennzeichnet.

Mittweida, am 03.02.2015

.....

(Ilona Leska)